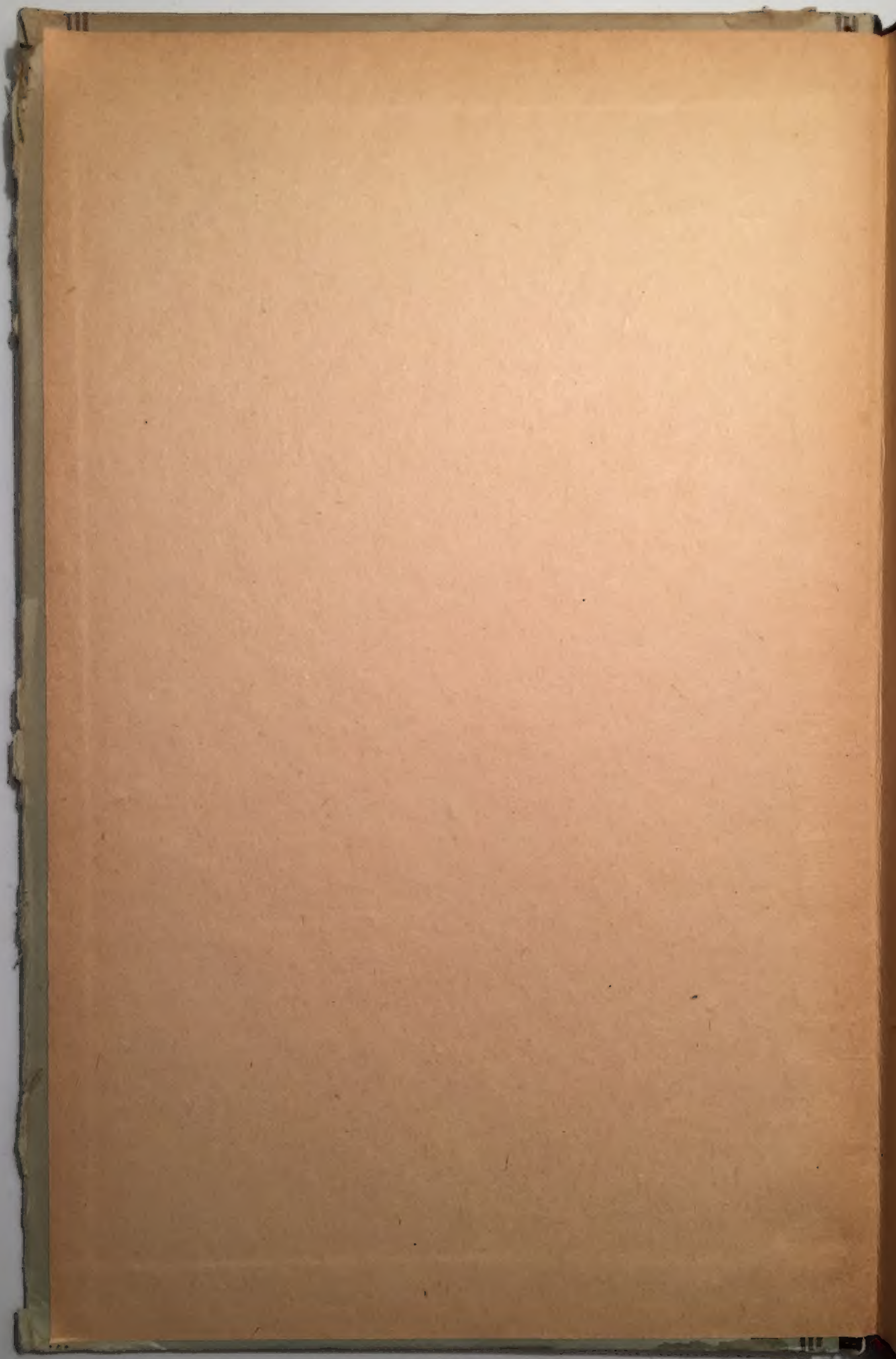
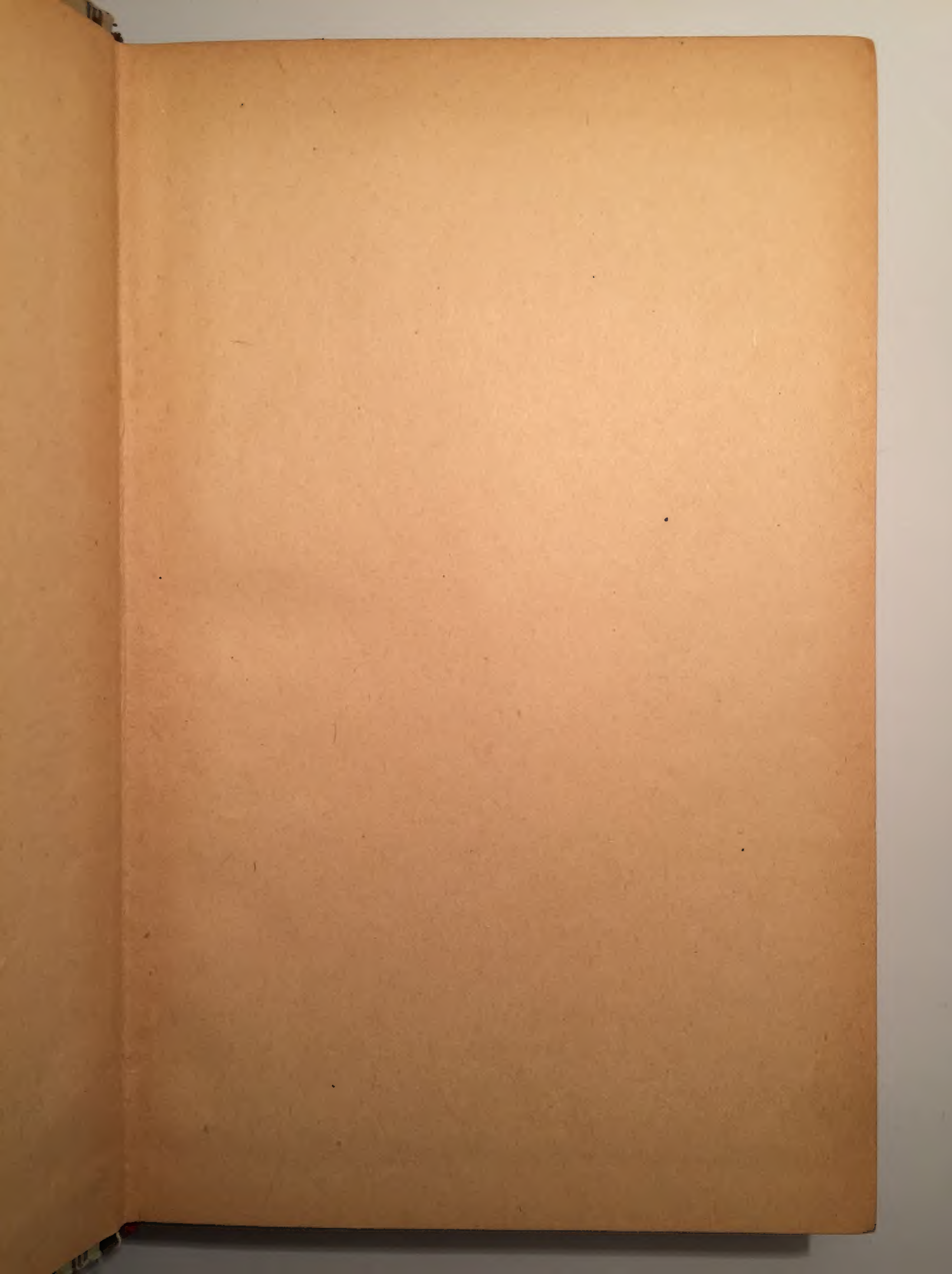


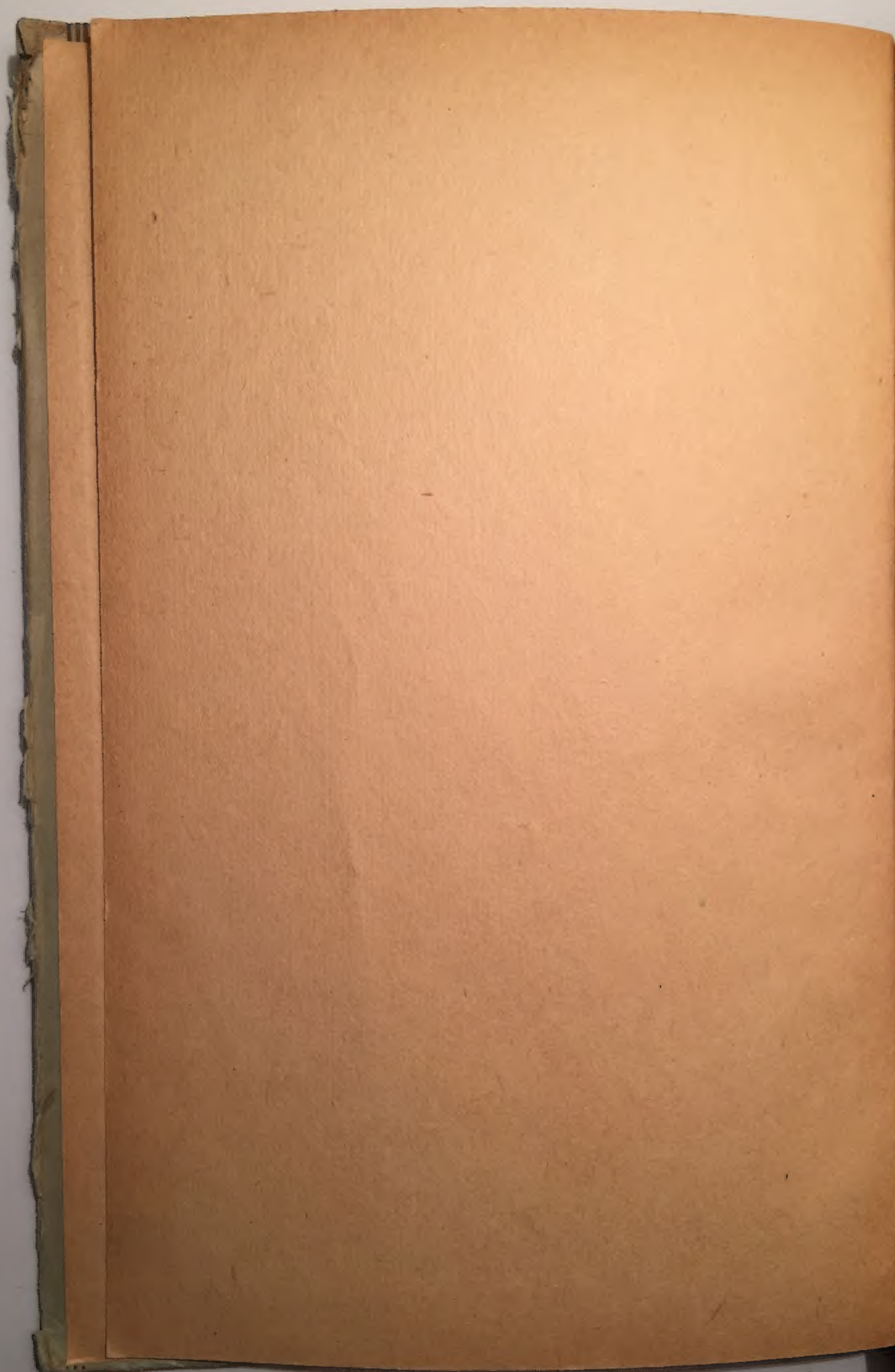
А. Л. КАПЛАН

АКУШЕРСТВО

МЕДГИЗ - 1954







А. Л. КАПЛАН

АКУШЕРСТВО

(УЧЕБНИК)

ИЗДАНИЕ ШЕСТОЕ, ИСПРАВЛЕННОЕ

*Главным управлением медицинских учебных заведений
Министерства здравоохранения СССР
рекомендован в качестве учебника для средних
медицинских учебных заведений*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1954 — МОСКВА

Объем и расположение материала учебника соответствуют программам, утвержденным ГУМУЗ Министерства здравоохранения СССР для учащихся фельдшерско-акушерских, акушерских и фельдшерских школ.

Организация работы в родильных домах и родильных отделениях изложена в соответствии с инструктивно-методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР.

Учебник может служить и пособием для фельдшерниц-акушеров и акушеров в условиях их самостоятельной работы в колхозном родильном доме и на фельдшерско-акушерском пункте.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Акушерская физиология	
Глава I. Анатомия женских половых органов	16
Наружные половые органы	16
Внутренние половые органы	20
Связочный аппарат матки и яичников	31
Тазовая клетчатка	32
Кровоснабжение половых органов	33
Лимфатическая система половых органов	34
Иннервация половых органов	35
Краткий очерк развития половых органов женщины	38
Глава II. Физиология женских половых органов	41
Овуляция и менструация	41
Овуляция	43
Менструация	45
Изменения в половых органах в связи с овариально-менструальным циклом	46
Гигиена менструального периода	50
Глава III. Физиология беременности	51
Оплодотворение	51
Передвижение оплодотворенного яйца	54
Дробление оплодотворенного яйца	54
Образование зародышевых листков	55
Имплантация	58
Плацента	60
Пуповина	63
Оболочки плодного яйца	64
Околоплодные воды	65
Плод в различные сроки беременности	68
Доношенный плод	68
Головка доношенного плода	70
Размеры головки	70
Размеры туловища	70
Особенности физиологии внутриутробного плода	71
Кровообращение внутриутробного плода	77
Кровообращение у новорожденного	78
Глава IV. Изменения в организме женщины в связи с беременностью	78
Обмен веществ во время беременности	85
Изменения в отдельных органах при беременности	85
Изменения в половых органах	88
Изменения в мочевых органах	593

Изменения в пищеварительных органах	89
Изменения в дыхательных органах	89
Изменения в сердечно-сосудистой системе	89
Изменения крови	90
Изменения в нервной системе	90
Изменения в молочных железах	91
Изменения в коже	91
Изменения в костной системе и связочном аппарате	92
Изменения в железах внутренней секреции	93
Глава V. Диагностика беременности	95
Методика исследования	95
Диагностика ранних сроков беременности	97
Диагностика поздних сроков беременности	102
Положение и членорасположение плода в матке	102
Пальпация плода в матке	105
Аускультация	114
Определение срока беременности и родов	116
Определение срока дородового отпуска	122
Глава VI. Гигиена беременности	124
Глава VII. Женский таз	133
Таз взрослой женщины	133
Отделы таза	138
Отличие женского таза от мужского	139
Мышцы и фасции таза	140
Тазовое дно	141
Размеры нормального таза	144
Наружные размеры таза	144
Внутренние размеры таза	148
Косые размеры таза	154
Измерение высоты симфиза	154
Наклонение таза	154
Влияние положения женщины на размеры таза	155
Оси таза	156
Развитие таза	157
Глава VIII. Организация работы в стационаре родильного дома	159
Лечебно-охранительный режим	159
Асептика и антисептика в акушерстве	165
Глава IX. Роды	172
Предвестники наступления родов	174
Периоды родов	177
Период раскрытия	177
Период изгнания	182
Механизм родов при затылочных предлежаниях	184
Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания	188
Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания	191
Последовый период	192
Глава X. Подготовка роженицы к родам	194
Глава XI. Ведение родов	201
Ведение периода раскрытия	201
Ведение периода изгнания	204
Ведение последового периода	217
Профилактика внутриутробной асфиксии и методы оживления родившегося в асфиксии новорожденного	224

Глава XII. Обезболивание родов	230
Психопрофилактический метод обезболивания	230
Наставления по комплексной оценке результатов применения метода психопрофилактики болей в родах	232
Обезболивание родов медикаментозными средствами	237
Глава XIII. Послеродовой период	240

Обратное развитие половых органов	243
Лохии	243
Температура и пульс	246
Мочеотделение	247
Функция кишечника	247
Брюшная стенка	248
Изменения в обмене веществ	248
Уход за родильницей	249
Уход за молочными железами	249
Послеродовая гимнастика	256
	265

Глава XIV. Уход за новорожденным	270
Уход за доношенным ребенком	270
Уход за недоношенным ребенком	290
Уход за новорожденным с внутричерепным кровоизлиянием	294
Отнятие ребенка от груди	298

Акушерская патология

Глава XV. Патология беременности	299
Заболевания, связанные с беременностью	299
Токсикозы первой половины беременности	300
Токсикозы второй половины беременности	304

Глава XVI. Аномалии развития элементов плодного яйца	313
Неправильные формы плаценты	313
Приращение плаценты	316
Аномалии пуповины	317
Пузырный занос	318
Многоводие	321
Маловодие	322
Преждевременный разрыв плодного пузыря	323
Запоздалый разрыв плодного пузыря	324
Аномалии развития плода	325
Внутриутробная смерть плода	330
Несостоявшийся выкидыш и несостоявшиеся роды	331

Глава XVII. Влияние различных заболеваний женщины на течение беременности и родов	332
Беременность и воспалительные заболевания половых органов	332
Беременность и новообразования	333
Беременность и туберкулез	334
Беременность и малярия	334
Беременность и сифилис	335
Беременность и болезни почек	336
Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы	337
Беременность и гипертоническая болезнь	338
Беременность и аппендицит	339
Беременность и заболевания кроветворных органов	340
Беременность и заболевания нервной системы	340
Беременность и инфекционные заболевания	341
Беременность и эндокринные заболевания	342
	595

Беременность и неправильные положения матки	343
Беременность и недоразвитие матки	344
Беременность и пороки развития матки и влагалища	345
Глава XVIII. Выкидыш и преждевременные роды	346
Глава XIX. Внематочная беременность	351
Глава XX. Патология родов	354
Аномалии изгоняющих сил	354
Стимуляция родовой деятельности	356
Препятствия со стороны шейки	360
Препятствия со стороны влагалища и промежности	361
Глава XXI. Аномалии таза	362
Широкий таз	362
Узкий таз	363
Классификация неправильных тазов	363
Степени сужения таза	366
Распознавание неправильного таза	367
Течение беременности при узком тазе	368
Особенности механизма родов при узком тазе	369
Течение родов при узком тазе	372
Ведение родов при узком тазе	375
Глава XXII. Неправильные положения и предлежаия	379
Разогнутые предлежаия	380
Передне-головное предлежаие	381
Лобное предлежаие	384
Лицевое предлежаие	387
Высокое прямое стояние головки	393
Глава XXIII. Тазовые предлежаия плода	395
Ягодичные предлежаия	396
Ножные предлежаия	398
Ведение родов при ягодичных и ножных предлежаиях	401
Ручное пособие при чистом ягодичном предлежаии по методу Цовьянова	409
Ручное пособие при ножных предлежаиях по методу Цовьянова	410
Глава XXIV. Поперечные и косые положения плода	412
Ведение родов при поперечном положении плода	416
Самоизворот	418
Выпадение мелких частей	419
Ведение родов при выпадении пуповины	421
Ведение родов при выпадении ручки (при поперечном положении плода)	422
Глава XXV. Многоплодная беременность и роды при ней	423
Однояйцевая двойня	423
Двуяйцевая двойня	425
Течение беременности	427
Диагностика многоплодной беременности	428
Положение плодов в матке при многоплодии	428
Течение и ведение родов	429
Глава XXVI. Кровотечения во второй половине беременности и при родах	432
Предлежаие детского места	432
Преждевременная отслойка детского места	439

Глава XXVII. Патология последового периода	442
Кровотечение в последовом периоде	442
Неправильная отслойка детского места	442
Гипотоническое и атоническое кровотечение	448
Поздние послеродовые кровотечения	451
Мероприятия после остановки кровотечения	452

Глава XXVIII. Повреждения родовых путей при родах	454
Разрыв матки	455
Разрывы шейки матки	462
Разрывы влагалища	463
Разрывы промежности	463
Гематома влагалища и наружных половых органов	464
Послеродовые свищи	465
Выворот матки	466
Расхождение лонных костей	467
Ранения половых органов у беременной женщины	468

Глава XXIX. Патология послеродового периода (С. Б. Рафалькес)	468
Послеродовые заболевания неинфекционного происхождения	469
Послеродовые заболевания инфекционного происхождения	471
Отдельные формы заболеваний	477
Уход за больными родильницами	484

Оперативное акушерство

Глава XXX. Акушерские операции	488
Подготовка к операции	488
Пальцевое расширение наружного зева	492
Рассечение наружного зева	493
Метрейриз	493
Расширение шейки матки при помощи расширителей	495
Выскабливание полости матки	496
Пальцевое отделение и удаление остатков плодного яйца	497
Искусственный разрыв плодного пузыря	497
Перинеотомия и эпизиотомия	498
Зашивание разрывов влагалища и промежности	499
Зашивание разрыва шейки матки	501
Тампонация влагалища	503
Тампонация матки	504
Наружный поворот при ягодичном предлежании плода	505
Извлечение плода при ягодичном предлежании	505
Извлечение плода за паховый сгиб	507
Наружный поворот при поперечном положении плода	508
Поворот плода на ножку	509
Операция поворота плода на ножку при неполном открытии зева шейки матки	513
Вправление выпавшей петли пуповины	515
Щипцы	516
Кесарево сечение	520
Влагалищное кесарево сечение	524
Краниотомия	524
Клейдотомия	527
Эмбриотомия	527
Использование плацентарной крови для целей переливания	528

Организация родильной помощи в СССР	529
---	-----

Глава XXXI. Родовспоможение	533
Женская консультация родильного дома	597

Лечебно-профилактическая работа консультации	535
Борьба с абортами	543
Система родильной помощи	549
Стационар родильного дома (родильное отделение больницы)	549
Колхозный родильный дом	550
Фельдшерско-акушерский пункт	551
Социально-правовые кабинеты	556
Календарь для определения сроков дородового и послеродового отпуска	560
Правила пользования календарем	561
Приложения	562
Предметный указатель	573

ВВЕДЕНИЕ

Акушерство составляет часть гинекологии в широком смысле этого слова. Гинекология, что в переводе с греческого языка означает «наука о женщине», изучает все особенности, отличающие организм женщины от организма мужчины.

Акушерство — это наука, которая изучает изменения в организме женщины, связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом, а также методы профилактики и рациональной помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде и особенности ухода за новорожденными.

Стремление оказать помощь рожавшей женщине и облегчить ей эти трудные минуты является вполне естественным, поэтому зачатки акушерства могут быть отнесены к моменту возникновения человеческого рода.

В течение веков акушерскую помощь оказывали рожавшие женщины. В дальнейшем некоторые из женщин превратили эту помощь в свою профессию. Так постепенно появились бабки-повитухи. Слово «повивать» означало «принимать младенца», почему и наука о родовспоможении носила прежде название «повивальное искусство».

Повивальная бабка, оказывающая помощь при родах, известна с древних времен. Греки называли такую бабку «отрезывательница пуповины».

Опыт многочисленных бабок передавался из поколения в поколение.

Во времена князя Владимира дело «врачевания» перешло в монастыри, и родовспоможением занимались «бабы»-вдовицы.

По сведениям, дошедшим до нас от летописцев, Евпраксия, внучка Владимира Мономаха, еще в начале XIII века написала медицинский трактат, в котором обобщила разнообразные медицинские сведения и впервые осветила вопросы гигиены женщины.

В течение веков акушерскую помощь населению оказывали невежественные бабки-повитухи. Их «знания» основывались на предрассудках и суевериях. Бабка парила роженицу в бане, при затянувшихся родах применяла подвешивание, разминание живота и ряд других приемов, при тяжелых родах бессильная помочь

бабка взывала о помощи к богу. Но и бабу, которая брала сравнительно большое вознаграждение за помощь, в связи с этим приглашали только для перевязки пуповины и «повития» ребенка; повитуха «исправляла» головку ребенка, туго пеленала его свивальником, «чтобы у ребенка не были кривые ноги», и «ставила матку на место».

Исключительно высокая детская смертность, калечение женщин, связанные с отсутствием медицинской помощи, с невежеством бабок-знахарок, привели к тому, что в середине XVIII столетия начали раздаваться отдельные голоса русских ученых-патриотов о необходимости проведения мероприятий по увеличению и сохранению российского населения. Первым поставил вопрос о борьбе с огромной детской смертностью как важнейшей государственной задаче гениальный русский ученый М. В. Ломоносов. В письме к министру Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» Ломоносов указывал на необходимость обеспечить население медицинской помощью.

Среди мероприятий, направленных на разрешение указанных задач, Ломоносов большое значение придавал постановке родовспоможения. Он предложил «выбрать хорошие книжки о повивальном искусстве и, самую лучшую положив за основание, сочинить наставление на русском языке...». Для создания руководства по повивальному искусству Ломоносов рекомендовал созвать съезд наиболее опытных повивальных бабок и труды этого съезда издать как «наставление».

В 1754 г. по проекту П. З. Кондоиди Правительственный сенат впервые ассигновал средства для обучения бабок искусству повивания, и в 1757 г. была впервые открыта повивальная школа в Москве. Вскоре такая же школа была открыта и в Петербурге. Обучение в этих школах велось по книге московского профессора Эразмуса, которая называлась «Наставление, как каждому человеку вообще в рассуждение диеты, а особливо женщины в беременности, в родах и после родов себя содержать надлежит». Для приобретения практических навыков ученицы работали у бабок. По окончании практики ученицы держали экзамен и получали звание «присяжных бабок» и право «отправлять бабичью должность».

Но и таких повивальных бабок было очень мало. Достаточно сказать, что профессор Эразмус за 20 лет своей преподавательской деятельности подготовил всего 35 повивальных бабок, из них только 5 русских.

Во времена Екатерины II И. И. Бецкой (1704—1795) основал один воспитательный дом в Москве (1763), а другой в Петербурге (1772). Им же при этих домах были основаны первые в России родильные госпитали.

В 1784 г. в Петербурге, а в 1801 г. в Москве при Воспитательном доме были открыты первые повивальные институты, которые ставили целью «снабдить столицы, а особенно губернии, опытные

ми, искусными и образованными повивальными бабками». Это дело возглавили даровитые русские ученые Александр Михайлович Шумянский и Нестор Максимович Максимович-Амбодик.

Амбодик жил и работал в очень тяжелых условиях. Врачами и преподавателями в то время были иностранцы. До Амбодика русским врачам двери Воспитательного дома были закрыты; они не имели права преподавать на курсах повивальных бабок. В результате царившего иностранного засилья в то время не смогли проявить своих способностей многие талантливые русские люди.

В течение 31 года (с 1781 по 1812 г.) Амбодик работал в Петербургском воспитательном доме в качестве акушера и преподавателя. Благодаря его труду школа для повивальных бабок при Воспитательном доме была преобразована в Повивальный институт.

Одной из причин огромной заболеваемости и смертности родильниц и новорожденных Амбодик считал «помощь» невежественных бабок, калечивших матерей и детей. Вот почему свой огромный талант он отдал подготовке медицински грамотных повивальных бабок.

Амбодик первый начал преподавать акушерство на русском языке, первый применил в целях наглядности преподавания восковой фантом и деревянную куклу, первый применил в практике акушерские щипцы.

Свой многолетний опыт Амбодик обобщил в первом оригинальном написанном на русском языке учебнике акушерства «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» (1784—1786).

Как патриот-ученый Амбодик не мог мириться с политикой Екатерины II, заселявшей русскую землю, и, в частности, Поволжье, немцами-колонистами.

Помещая на одной странице своего учебника неизбежное «всеподданнейшее» посвящение царице, Амбодик поместил на другой странице следующие слова: «Здравый рассудок повелевает больше пешихся о размножении народа прилежным соблюдением новорожденных детей, чем населением необработанной земли неизвестными чужеземными пришельцами».

Немало пострадал Амбодик, подобно другим лучшим русским людям своего времени, от «надменных пришельцев», стремившихся превратить Россию в колонию, монополизировать молодую русскую науку.

Амбодика по праву считают отцом русского акушерства.



Нестор Максимович Максимович-Амбодик — отец русского акушерства.

У истоков русского акушерства видное место занимает и другой ученый-патриот — Герасим Иванович Кораблев, врачебная деятельность которого связана с Московской медико-хирургической академией. Кораблев был видным акушером, он написал ряд статей, научно обосновавших отдельные вопросы акушерства.

Он составил солидное учебное руководство по акушерству на русском языке — «Курс акушерской науки и женских болезней, или учение о жизни женской касательно половых отправлений, изложенное в физиологическом, диететическом, патологическом, терапевтическом и оперативном отношениях» (1843).

Руководство Кораблева способствовало в дальнейшем развитию русского самобытного акушерства.

Основной мыслью всех высказываний Кораблева является неразрывная связь теории с практикой. «Практическое занятие акушерством, — писал Кораблев, — предполагает знание науки и без нее надлежащим образом производимо быть не может, а наука без практики хотя и может быть, но не принесет обществу пользы. Практическое упражнение без предшествовавшего теоретического познания науки есть ремесло или грубая эмпирия, и как благополучный успех в этой эмпирии зависит от одной только удачи, то она человеческому роду приносит больше вреда, чем пользы». «Образованные бабки» по своим знаниям немногим отличались от простых бабок. Однако и эту «квалифицированную» силу царское правительство направляло только в города, попрежнему оставляя крестьянку даже без этой помощи.

В 60-х годах XIX столетия, с ростом капитализма в России и связанного с ним «освобождения» крестьян от крепостного права, население в поисках пропитания потянулось из деревень в города на заработки.

Существовавшие в городах единичные родильные приюты для «бедных, секретно беременных и незамужних женщин» не могли удовлетворить родильной помощью численно все увеличивавшийся «бедный класс». Поэтому в городах, где развивалась промышленность, городские управления вынуждены были расширять сеть родильных коек. Для работы в родильных приютах потребовалось большое количество повивальных бабок, что побудило открыть и в других городах школы повивальных бабок.

Ко времени земской реформы (1864) в России было 6 повивальных школ; они готовили повивальных бабок для родильных приютов только промышленных городов. Для работы же в деревне при земских больницах стали готовить так называемых повивальных бабок второго разряда. В деревню боялись посылать мало-мальски культурную повивальную бабку, которая могла бы оказать влияние на уровень развития отсталой крестьянки.

Чтобы обеспечить собственное спокойствие и не тратить больших средств, земства готовили повивальных бабок второго разряда из лиц с низшим образованием и обучали их повивальному делу всего лишь один год.

«Каждая ученица повивального искусства должна уметь читать и писать и быть не моложе 18 лет» (ст. 170, Свод законов, т. XIII) — таков был общеобразовательный уровень повивальной бабки второго разряда. Заботы о деревне не выходили за пределы дворянской идеологии: «бабу» в лучшем случае можно было кое-как лечить, но ни в коем случае не просвещать и не приобщать к культуре.

Политическое и экономическое бесправие женщины и особенно крестьянки — это неизбежный спутник капитализма. Держать женщину в кабале, эксплуатировать женщину как дешевую рабочую силу легче, если она неграмотна.

В начале XIX века некоторые русские женщины стали посещать лекции в университетах. Это вызвало тревогу царского правительства, и в 1863 г. был утвержден новый университетский устав, запрещавший доступ в университеты женщинам даже в качестве вольнослушательниц.

Передовые деятели русской общественности поднимали голос в защиту прав женщины. Н. Г. Чернышевский в романе «Что делать?» устами своего героя Лопухова говорил: «Каким верным, сильным, проницательным умом одарена женщина от природы! И этот ум остается без пользы для общества, оно отвергает его, оно подавляет его, оно задушает его, а история человечества пошла бы в десять раз быстрее, если бы этот ум не был отвергаем и убиваем, а действовал бы».

Крупнейший русский врач и ученый Н. И. Пирогов настаивал на том, что «женщина должна занять место в обществе, более отвечающее человеческому достоинству...».

Но царское правительство не давало русским женщинам возможности получить высшее образование. Грамотные женщины, а тем более образованные женщины представляли угрозу для существования царского режима. И в чем бы ни проявлялась возможность просвещения русской женщины — оно в корне подавлялось правительством.

Все же, несмотря на жестокие законы и репрессии, ряд русских женщин ценой колоссальных усилий пробил себе путь к вершинам знаний. Среди первых русских женщин-врачей можно отметить Надежду Прокофьевну Суслову — дочь крепостного, снискавшую в народе почет и уважение своей практической и научной деятельностью.

Исключительную личность в истории женского врачебного образования представляет Варвара Александровна Кашеварова-Руднева как первая русская женщина, получившая в России диплом врача. Сирота, не имея средств к существованию, она ценой невероятного труда, граничившего с самопожертвованием, окончила отличницей школу повивальных бабок и добилась разрешения продолжать учение, чтобы стать врачом. Не легко было ей в Медико-хирургической академии. Царский режим России

со всей силой обрушивался на Кашеварову за каждый шаг продвижения ее вперед.

«Я была одна, — пишет Кашеварова, — среди более чем тысячи студентов, и мне нужно было соблюдать величайшую осторожность во всех отношениях. За мной ведь следило столько зорких глаз, что малейшая ошибка повлекла бы мое удаление из академии, но начальство ничего не могло найти предосудительного в моем поведении».



Варвара Александровна Кашеварова-Руднева — первая русская женщина-врач, окончившая в России Медико-хирургическую академию.

С неимоверной борьбой за каждый шаг вперед Кашеварова пробивалась к цели и окончила Медико-хирургическую академию в 1868 г., избрав в дальнейшем своей специальностью акушерство и гинекологию.

В 1876 г. В. А. Кашеварова первая из женщин защитила в России диссертацию на степень доктора медицины на тему «Материалы для патологической анатомии маточного влагалища». Ею написан также ряд других научных работ по акушерству и гинекологии. Всю свою «врачебную» жизнь В. А. Кашеварова провела в глухих уголках царской России. Здесь она, наряду с лечебной работой, большое внимание уделяла популяризации знаний по гигиене

женщины среди населения. Ею написана книга «Гигиена женского организма во всех стадиях жизни». В предисловии к этой книге Кашеварова пишет: «Я как первая женщина, получившая полное медицинское образование в России наравне с мужчинами, считаю своей священной обязанностью принести свой посильный труд на пользу русским женщинам».

Тяжелое положение было акушерки в царской России. Акушерка должна была только «лечить», что она тоже не всегда умела делать, но уж никакого права не имела просвещать.

В работе акушерки в советском понимании теснейшим образом переплетаются специальная медицинская и широкая организационная и просветительная работа. Акушерская работа не может быть оторвана от общественной, тем не менее заниматься общественной работой в царской России акушерка не могла. Сама по себе медицинская санитарно-просветительная работа понималась царскими жандармами как пропаганда; такую акушерку увольняли или высылали.

Однако, несмотря на репрессии, все же немало акушеров было тогда в рядах революционеров.

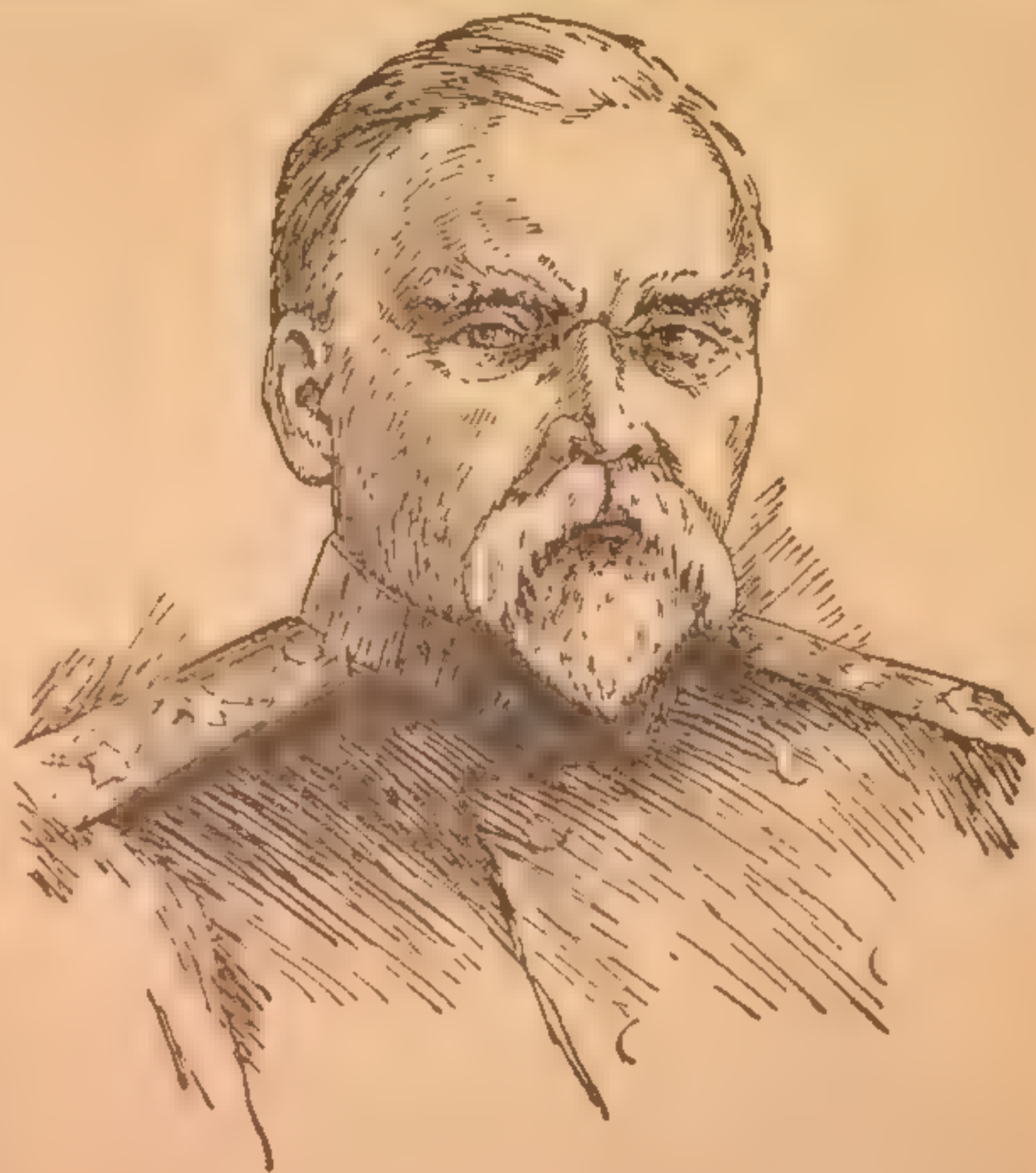
Земства не тратили больших сумм на родильную помощь. Земская больница больше использовала единственную акушерку в качестве фельдшерицы, помощника врача при приеме больных, для работы в аптеке. Крестьянские хозяйства с их нищенским существованием, безлошадностью, большой радиус обслуживания при разбросанности деревень и загрузка акушерки посторонней работой приводили к тому, что даже единичные родильные койки в земских больницах и те пустовали, а крестьянки попрежнему рожали с «помощью» бабок в своих грязных избах.

Очень плохо было поставлено преподавание акушерства и в высшей школе. Только с 1765 г. стали читать в университете курс акушерства, и то весьма сокращенный. Акушерство читалось вместе с патологией, терапией, физиологией, позднее стали его «пристегивать» к хирургии, к судебной медицине.

Много труда и времени было затрачено отдельными представителями русской медицины на то, чтобы обеспечить акушерству некоторую самостоятельность.

Крайне медленно появляются в царской России акушерские клиники в университетских городах — Москве (1806), Харькове (1829), Казани (1833), Петербурге (1842), Киеве (1844). Появление клиник сказывается преимущественно на развитии русского самобытного акушерства.

На первых порах своего существования акушерские клиники были убоги; в большинстве университетов они насчитывали по несколько коек. Достаточно сказать, что корифею русской гинекологии проф. В. Ф. Снегиреву в начале его научно-педагогической деятельности в Московском университете было предоставлено всего лишь 4 кровати для больных женскими болезнями, и то в терапевтической клинике проф. Г. А. Захарьина.



Антон Яковлевич Крассовский.



Иван Павлович Лазаревич.

9

Тем не менее русское научное акушерство гигантскими шагами шло вперед и уже во второй половине XIX века стало подлинно самостоятельной наукой, освободившейся от немецкой зависимости и занявшей не только равноправное, но по богатству мысли ведущее место.

В России появляются выдающиеся специалисты — профессора акушеры-гинекологи, поднявшие русское акушерство на небывалую высоту, создавшие школы, из которых вышла в дальнейшем выдающаяся смена.



Кронид Федорович Славянский.



Владимир Федорович Снегирев.

В славной плеяде основоположников русского акушерства и гинекологии особо должны быть отмечены: в Москве — В. Ф. Снегирев (1847—1916), А. М. Макеев (1829—1913), Н. И. Побединский (1861—1923), А. П. Губарев (1855—1931); в Петербурге — М. И. Горвиц (1837—1883), А. Я. Крассовский (1821—1898), К. Ф. Славянский (1847—1898), Д. О. Отт (1855—1929), Г. Г. Гентер (1881—1937), К. К. Скробанский (1874—1946); в Казани — Н. Н. Феноменов (1855—1918), В. С. Груздев (1866—1938); в Харькове — И. П. Лазаревич (1829—1902), Н. Ф. Толочинов (1840—1908); в Киеве — Г. И. Писемский (1862—1937); в Томске — И. Н. Грамматикати (1858—1917).

Но выдающийся талант корифеев русской акушерской мысли не мог проявить себя во всей широте при царском режиме; их отдельные голоса тонули в море косности и невежества реакционного правительства.

Ни в городах, ни тем более в деревнях царской России не было мало-мальски достаточного количества родильных коек, не было и достаточного количества повивальных бабок, вернее, в деревне их почти совсем не было. Родильная помощь была недо-

ступна для деревенского населения. Около 98% всех родов в то время обслуживались невежественными бабками-знахарками.

При капитализме, где господствует эксплуатация, где частная собственность на орудия и средства производства является основой существующего строя, где процветает медицинская частная практика, для которой каждый больной является средством наживы, нет заботы об оздоровлении населения страны. Капиталистический строй является непреодолимым препятствием на пути охраны здоровья трудящихся масс.



Дмитрий Оскарович Отт.



Викторин Сергеевич Груздев.

Убогое наследие получило советское здравоохранение от царской России. И на этом буквально нищенском фоне, в обстановке гражданской войны, голода, интервенции партия большевиков и советское правительство с первых дней своего существования поставили своей задачей полностью охватить родильной помощью как городское, так и сельское население. Для советской медицины нет принципиальной разницы между городом и деревней.

В Советском государстве в основу здравоохранения положена профилактика. В программе Всесоюзной Коммунистической партии (большевиков) сказано: «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья ВКП полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний».

Стремясь прежде всего к проведению широких оздоровительных и санитарных мер, советская власть одновременно организует и лечебную помощь больным. Эта помощь доступна населению, она бесплатная и квалифицированная.

Такая профилактическая и лечебная организация возможна только при советской власти.

В капиталистических странах этого не может быть. Капиталист классово заинтересован лишь в том, чтобы подлечить выбывшего из строя по болезни рабочего — и то, если он ему нужен, — чтобы потом вновь ввернуть его в кругозор эксплуатации. Советская власть, власть трудящихся, заботится о коренном оздоровлении населения.

Советское законодательство предусматривает максимальную охрану труда рабочего и работницы, предупреждение вредных условий работы. В этом принимает участие вся советская общественность.

Советское акушерство, как и все советское здравоохранение, одной из основных своих задач считает проведение профилактических мероприятий, целью которых является предупредить возможные осложнения во время беременности, родов и послеродового периода, оберегать здоровье матери и новорожденного.

Наряду с широкими профилактическими мероприятиями, советское акушерство организует и проводит лечебную помощь на основе передовой советской медицинской науки. Совокупность организационных, профилактических и лечебных мероприятий в этом направлении и составляет советское родовспоможение, являющееся одним из ведущих разделов в системе советского здравоохранения.

С первых дней Великой Октябрьской социалистической революции пролетариат создал учреждения охраны материнства и младенчества, где родовспоможение стало основным звеном. В. И. Ленин и И. В. Сталин принимали личное участие в разработке всех законодательных актов, направленных к улучшению положения женщины-матери и ее ребенка.

«Советской властью, как властью трудящихся, в первые же месяцы ее существования, был произведен в законодательстве, касающемся женщины, самый решительный переворот. Из тех законов, которые ставили женщину в положение подчиненное, в Советской республике не осталось камня на камне»¹.

«...начатое Советской властью дело может быть двинуто вперед только тогда, когда вместо сотен женщин по всей России в нем примут участие миллионы и миллионы женщин. Тогда дело социалистического строительства, мы уверены, будет упрочено. Тогда трудящиеся докажут, что они могут жить и могут хозяйничать и без помещиков и капиталистов. Тогда социалистическое строительство будет стоять в России так прочно, что никакие внешние враги в других странах и внутри России не будут Советской республике страшны»². Великая Октябрьская социалистическая революция уничтожила ярмо капиталистической эксплуатации русской женщины, открыла светлый путь советской

¹ В. И. Ленин, Сочинения, т. 30, изд. 4-е, стр. 23, 1950.

² Там же, стр. 28.

женщине и сделала ее труд радостным, а материнство — счастливым. Великая Октябрьская социалистическая революция поставила по-настоящему организацию родильной помощи. Советское государство, кровно заинтересованное в организации правильного родовспоможения, с первых дней своей власти создало охрану материнства и младенчества.

То, о чем могли только мечтать лучшие представители русской интеллигенции, русские врачи-общественники, с установлением советской власти стало действительностью.

Среди наиболее выдающихся врачей-общественников в первые годы организации советского родовспоможения были В. П. Лебедева, Г. Л. Грауэрман, А. Н. Рахманов, Г. Н. Сперанский и некоторые другие. Это — крупные организаторы родовспоможения, убежденно и настойчиво проводившие идеи широкой охраны материнства и младенчества. Развернуть свои организаторские способности, воплотить в жизнь свои идеи им удалось только при советской власти. Все накопленные знания, всю свою любовь и энергию они отдали служению на пользу русской женщине, работнице и крестьянке, на организацию советской охраны материнства.

В. П. Лебедева была первым организатором и заведующим Отделом охраны материнства и младенчества Наркомздрава, она принимала активное участие в создании первого в Советском Союзе Института охраны материнства и младенчества в Москве.

Г. Л. Грауэрман (1861—1921) стоял во главе одного из самых крупных в то время родильных домов в Москве, который был организован под его руководством.

А. Н. Рахманов (1861—1926) возглавлял один из крупных родильных домов в Москве, ныне родильный дом имени Крупской, выстроенный по его инициативе и по его проекту. После Великой Октябрьской социалистической революции А. Н. Рахманов активно участвовал в организации первого в Советском Союзе Научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества и, в частности, Института акушерства с акушерской школой при нем.

Из года в год родильная помощь росла количественно и качественно. Вместо единичных родильных приютов выросла огромная сеть родильных домов с постоянными круглосуточными дежурствами врачей.

Наряду с улучшением родильной помощи в городах, большое внимание партия и правительство уделяли и уделяют организа-



Александр Николаевич
Рахманов.

ции родовспоможения на селе. Единичное крестьянское хозяйство препятствовало быстрой и широкой организации родовспоможения. С организацией колхозов резко изменилась и организация родовспоможения на селе. В 1934 г. по инициативе колхозного крестьянства была выдвинута новая форма стационарной родильной помощи на селе—колхозный родильный дом. Этот новый вид сельского стационара был оформлен в законодательном порядке в 1935 г. на XVI Всероссийском съезде советов.

Это постановление съезда отражает великую заботу Коммунистической партии и Советского правительства о колхознице, о женщине-матери.

Гигантский рост стационарной и разъездной акушерской помощи, разумеется, сопровождался и количественным, и качественным ростом кадров. Подготовка кадров имела решающее значение для развития дела охраны материнства и детства. Была развернута широкая сеть специальных акушерских школ-техникумов. Возросло количество акушерок как в городах, так и особенно на селе.

Все это стало возможным только при советской власти. Ни в одной капиталистической стране не удастся создать такой организации здравоохранения. При капиталистическом строе с его жестокой эксплуатацией разорение и обнищание трудящихся масс, бесправие женщины делают невозможным проведение действительных мероприятий по охране здоровья матери и ребенка. Только там, где у власти становится демократия нового типа, народная демократия, там организация здравоохранения в интересах трудящихся делает огромные успехи (Китай, Польша, Болгария, Румыния, Чехословакия, Албания и др.).

В Советском государстве вся власть принадлежит трудящимся. Советское государство считает охрану здоровья матери и ребенка своим кровным делом; его законодательство по этому вопросу отличается глубокой принципиальностью, широким размахом и законченностью постановки вопроса.

Лучшей иллюстрацией этого является Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8/VII 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания „Мать-героиня“ и учреждении ордена „Материнская слава“ и медали „Медаль материнства“». Указ начинается так: «Забота о детях и матерях и об укреплении семьи всегда являлась одной из важнейших задач советского государства».

На протяжении всех последующих лет мероприятия партии и правительства способствовали еще большему улучшению дела охраны здоровья матери и ребенка. В постановлении Пленума ЦК КПСС, принятом 7 сентября 1953 г., по докладу Н. С. Хрущева, указано, что «Осуществление разработанных Партией и Правительством ряда крупных мер по развитию сельского хозяй-

ства обеспечит дальнейший значительный рост денежных доходов колхозов. В этих условиях колхозы, по мере роста их общественного хозяйства, имеют полную возможность использовать часть своих доходов на строительство детских садов, яслей и родильных домов с тем, чтобы создавать лучшие условия колхозницам для работы в колхозном производстве и более активного участия в общественной жизни».

В системе сельского родовспоможения акушерка заняла ведущее место, ее работа выросла в огромную политическую и организационную деятельность (см. главу XXXI). Организация колхозных родильных домов поставила акушерку в ряды самостоятельных работников и создала условия для широкого охвата колхозниц родильной помощью.

Своим авторитетным участием в общественной жизни, санитарно-просветительной работой советская акушерка воспитывает широкие массы колхозниц, окончательно и навсегда ликвидирует следы повитушества.

Советская школа акушеров перестала быть низшим учебным заведением, как это было до революции. Изменились в корне программы акушерских школ, структура акушерского образования и система подготовки советской акушерки. Для поступления в акушерские школы нужна хорошая общеобразовательная подготовка. Советская акушерка выходит из школы высококвалифицированным специалистом, высококультурным, политически грамотным работником. На доверенном акушерке почетном и ответственном участке организации родовспоможения, оказания необходимой помощи матери и ребенку она самостоятельно ведет широкую профилактическую и лечебную работу.

Советская акушерка оказывает скорую и неотложную помощь при акушерской патологии.

Качественные показатели работы акушеров очень высоки. Там, где хорошо работают акушерки, изжиты случаи запущенной акушерской патологии, сведена до минимума материнская и детская заболеваемость, а тем более смертность.

Блестящих успехов мы добились благодаря советской системе организации родовспоможения; ни одна капиталистическая страна этого сделать не в состоянии.

Условия, в которых работает советская акушерка, и те широкие возможности, которыми она располагает, позволяют ей полностью обеспечить правильную постановку родовспоможения.

Подготовить такую квалифицированную акушерку, помочь ей в ее повседневной ответственной работе и является задачей настоящего учебника.

Глава I

АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

По своему расположению половые органы женщины делятся на наружные и внутренние.

НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

К наружным половым органам женщины (*genitalia externa*) относят лобок, большие половые губы, малые половые губы и клитор.

Лобок (рис. 1) — самый нижний участок передней брюшной стенки; благодаря обильному развитию в этой области подкожного жира, он выдается в виде подушечки, возвышения, и носит название бугорка Венеры (*mons Veneris*). У зрелых в половом отношении женщин лобок покрыт короткими выющимися волосами. Покрытый волосами участок резко ограничен сверху как бы горизонтальной или слегка вогнутой линией. Такое расположение волос характерно для женщин в отличие от мужчин, у которых растительность с лобка идет, конусообразно суживаясь, вверх по средней линии живота, достигая нередко пупка.

У девочек, не достигших половой зрелости, лобок лишен волос; у пожилых женщин после прекращения менструаций растительность лобка значительно редеет. Указанный рост волос на лобке связан с жизнедеятельностью яичников.

Большие половые губы (*labia pudenda majora*) (рис. 1) представляют собой две кожные складки с соединительнотканной основой и жировой прослойкой внутри. Обе эти складки спускаются от лобка вниз и кзади, ограничивая с боков половую щель (*rima pudendi*). Внутренние края этих складок у женщин, не живших половой жизнью, тесно соприкасаются между собой; при умеренном разведении бедер половая щель представляется у них закрытой; у женщин же, живших половой жизнью, особенно у рожавших, края больших губ расходятся и половая щель более или менее зияет. Вверху большие половые губы незаметно переходят в лобок, а внизу соединяются и образуют заднюю спайку влагалища (*commissura posterior*).

Пространство между задней спайкой влагалища и отверстием прямой кишки называется промежностью (*perineum*). По

коже промежности от задней спайки влагалища до наружного отверстия заднего прохода тянется в виде линейного рубца так называемый шов промежности (*raphe perinei*). Высота промежности снаружи достигает 3—4 см; в глубину промежность постепенно суживается, задняя стенка влагалища постепенно приближается к прямой кишке и оказывается почти рядом с ней, отделяясь соединительнотканной прослойкой. Между влагалищем и прямой кишкой получается, таким образом, как бы клин, идущий снаружи внутрь; снаружи он покрыт кожей, а в глубине состоит из нескольких слоев мышц и соединительной ткани (фасции), входящих в состав тазового дна. Пространство между наружным отверстием заднего прохода и копчиком носит название задней промежности.

Наружная поверхность больших половых губ покрыта кожей с растущими на ней волосами, внутренняя — выстлана тонкой розоватой кожицей, похожей на слизистую оболочку. В коже больших губ находятся сальные и потовые железы; в нижней трети глубоко под кожей в толще больших губ расположены бартолиновы железы. Если захватить пальцами нижний край большой половой губы, то можно прощупать бартолинову железу в виде округлого тела величиной с горошину или боб. Бартолиновы железы имеют альвеоларно-трубчатое строение. Каждая железа состоит из нескольких долек; каждая долька в свою очередь состоит из нескольких альвеол, выстланных внутри железистым эпителием и снабженных выводными протоками; протоки эти соединяются в один общий выводной проток длиной от 1,5 до 2 см, открывающийся у входа во влагалище на внутренней стороне малых губ, там, где последние сливаются с большими губами (рис. 1). Бартолиновы железы вырабатывают прозрачный секрет щелочной реакции, который обычно выделяется во время полового возбуждения.

Малые половые губы (*labia pudenda minora*) (рис. 1) находятся внутри от больших и также представляют собой две кожные складки. Иногда малые губы выступают наружу между большими

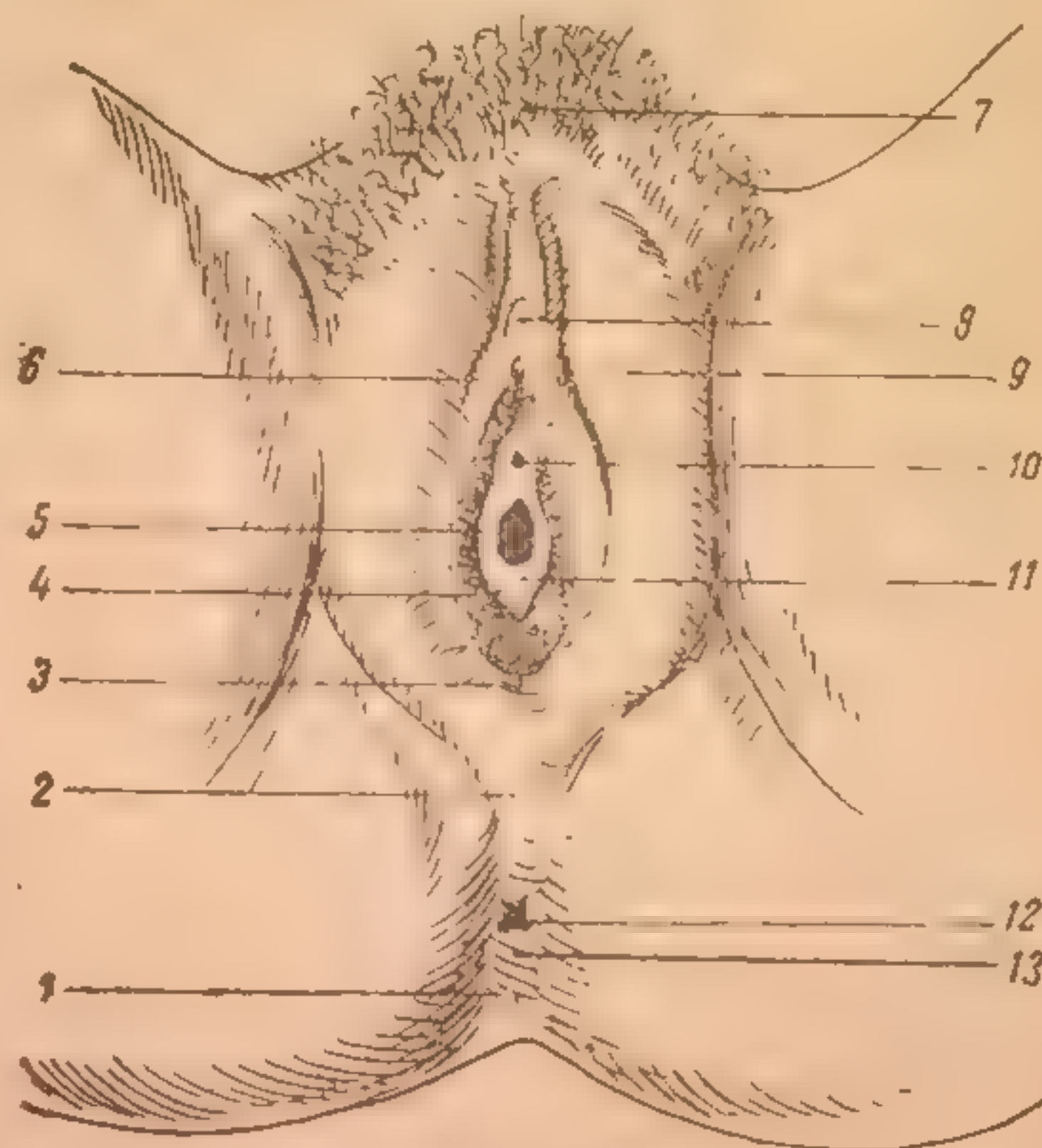


Рис. 1. Наружные половые органы взрослой женщины.

1 — копчик; 2 — промежность; 3 — задняя спайка влагалища; 4 — отверстие выводного протока бартолиновой железы; 5 — вход во влагалище; 6 — малая половая губа; 7 — лобок; 8 — клитор; 9 — большая половая губа; 10 — наружное отверстие мочеиспускательного канала; 11 — девственная плева; 12 — отверстие заднего прохода; 13 — задняя промежность.

от задней спайки влагалища до наружного прохода тянется в виде линейного рубца так промежности (*raphe perinei*). Высота промежности 3—4 см; в глубину промежность постепенно задняя стенка влагалища постепенно прибли-

жишке и ока-
рядом с ней,
ительноткан-
Между влага-
кишкой полу-
азом, как бы
ружи внутрь;
т кожей, а в
из нескольких
единительной
входящих в
на. Простран-
кным отвер-
хода и копчи-
е задней про-

ерхность боль-
покрыта ко-
на ней воло-
я — выстлана
кожицей, по-
ую оболочку.
губ находятся
овые железы;
лубоко под ко-
больших губ

артолиновы железы. Если захватить паль-
рай большой половой губы, то можно про-
нову железу в виде округлого тела величиной
и боб. Бартолиновы железы имеют альвео-
строение. Каждая железа состоит из нескольких
долька в свою очередь состоит из нескольких
спутателем и снабжен-

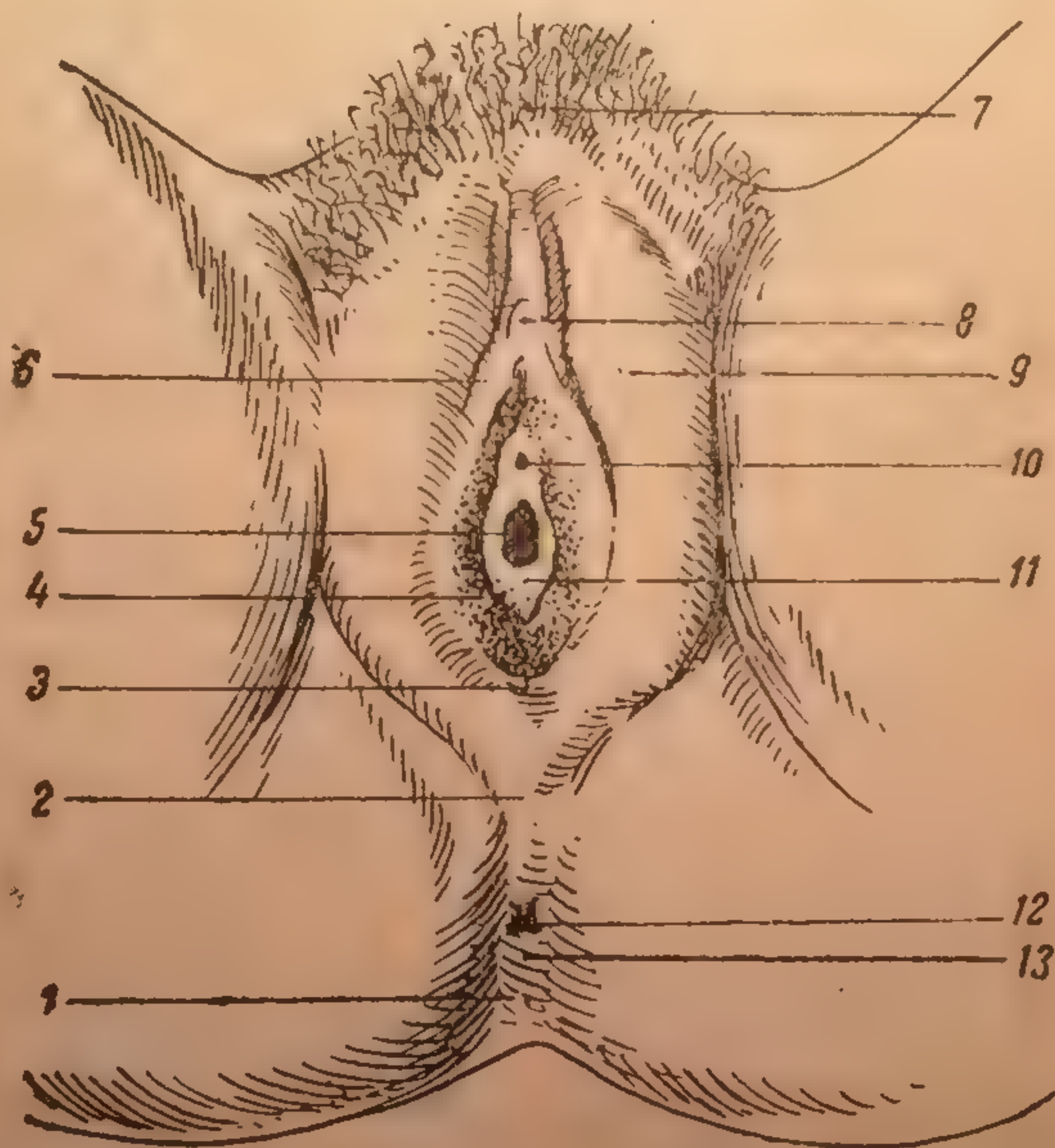


Рис. 1. Наружные половые органы
взрослой женщины.

1 — копчик; 2 — промежность; 3 — задняя
спайка влагалища; 4 — отверстие выводно-
го протока бартолиновой железы; 5 — вход
во влагалище; 6 — малая половая губа;
7 — лобок; 8 — клитор; 9 — большая поло-
вая губа; 10 — наружное отверстие моче-
испускательного канала; 11 — девственная
плевра; 12 — отверстие заднего прохода;
13 — задняя промежность.

ми губами. В верхней части каждая малая губа как бы расщепляется, раздваивается на две меньшие складочки, которые обхватывают сверху и снизу клитор, образуя его уздечку (*frenulum clitoridis*). В нижней части малые губы постепенно как бы сходят на нет, сливаясь с внутренней поверхностью больших губ.

В покрове малых губ имеется большое количество сальных желез, а в толще их много эластической ткани, кровеносных сосудов и нервных волокон. У пожилых женщин малые губы становятся сухими, морщинистыми, сильно пигментированными.

Клитор (*clitoris*) (рис. 1) представляет собой небольшое конусообразное тело, имеющее на конце округлую головку (*glans clitoridis*); клитор расположен в переднем углу половой щели между ножками малых губ. Снаружи клитор, как и малые губы, покрыт тонкой кожей с большим количеством сальных желез, выделяющих так называемую смегму. Клитор состоит из двух пещеристых тел, имеющих много сообщающихся между собой полостей, куда непосредственно открываются приводящие кровь сосуды. При половом возбуждении кровь приливает к клитору, клитор увеличивается, напрягается — приходит в состояние эрекции. Клитор очень богат не только кровеносными сосудами, но и нервами, и нервными окончаниями; он является органом полового чувства.

Ниже клитора расположено наружное отверстие мочеиспускательного канала, окруженное плотноватым валиком. Женский мочеиспускательный канал (*urethra*) значительно короче мужского; длина его равна 3—4 см, просвет его сравнительно легко растяжим, достигая при этом 1 см в диаметре. На всем протяжении мочеиспускательный канал прилежит к передней стенке влагалища. Ход канала почти прямой, с небольшим изгибом кверху.

Мочеиспускательный канал выстлан слизистой оболочкой, покрытой многослойным плоским эпителием; слизистая оболочка имеет вид продольных складок; эта складчатость допускает возможность растяжения уретры.

Кнаружи от слизистой оболочки в стенке мочеиспускательного канала расположены пучки гладкомышечных волокон, которые идут в продольном и круговом (циркулярном) направлении. Мочеиспускательный канал может, сокращаясь, укорачиваться в длину и сжиматься в ширину. Циркулярные волокна особенно развиты у внутреннего конца мочеиспускательного канала, около так называемой шейки мочевого пузыря. Здесь циркулярные волокна образуют жом — внутренний сфинктер, который расслабляется в момент мочеиспускания; он может сокращаться, задерживая таким путем мочеиспускание. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала имеется мышечный валик — наружный сфинктер.

Мышечные пучки наружного сфинктера принадлежат не уретре, а так называемой мочеполовой перегородке, проходящей под лонными костями таза и выполняющей лонный угол. Мочеполо-

бая перегородка, или, как ее иначе называют, мочеполая диафрагма (*diaphragma urogenitalis*), состоит из мышц и сухожилий, она удерживает уретру в ее обычном положении.

По обеим сторонам наружного отверстия мочеиспускательного канала имеются трубчатые образования; это парауретральные (рага по-гречески значит около) ходы, или железы Скина, секрет которых увлажняет отверстие мочеиспускательного канала. Микроорганизмы, особенно часто это имеет место при гонококковой инфекции, попадая в парауретральные ходы, остаются там нередко в течение длительного времени и при неправильном лечении могут быть причиной рецидива заболевания.



Рис. 2. Вход во влагалище нерожавшей женщины. Надорвы девственной плевы после полового сношения.



Рис. 3. Вход во влагалище рожавшей женщины. Край девственной плевы в виде так называемых миртовидных сосочков.

Особенности расположения и строения мочеиспускательного канала у женщин обуславливают сравнительно легкую возможность занесения инфекции снаружи в мочевой пузырь, а отсюда выше по мочеточникам в почки. Находясь в непосредственной близости к наружным половым органам, мочеиспускательный канал может легко инфицироваться; поэтому чрезвычайно важно содержать в чистоте наружные половые органы.

Девственная плева (*hymen*) (рис. 2) расположена на границе между наружными и внутренними половыми органами. Она представляет собой соединительнотканную перегородку, внутренняя и наружная поверхность которой выстлана многослойным плоским эпителием. В девственной плеве имеется отверстие, которое может быть различной формы—округлым, звездчатым, с перепонкой; иногда имеется два отверстия, а иногда, правда, очень редко, отверстие совсем отсутствует и девственная плева представляется сплошной. Отсутствие отверстия в девственной плеве может быть врожденным, а иногда и приобретенным в результате воспаления ее.

то обеим сторонам наружного отверстия мочеиспускательного канала имеются трубчатые образования; это парауретральные (по-гречески значит около) ходы, или железы Скина, секрет которых увлажняет отверстие мочеиспускательного канала. Микроорганизмы, особенно часто это имеет место при гонококковой инфекции, попадая в парауретральные ходы, остаются там довольно в течение длительного времени и при неправильном лечении могут быть причиной рецидива заболевания.



Рис. 2. Вход во влагалище нерожавшей женщины. Надорвы девственной плевы после полового сношения.

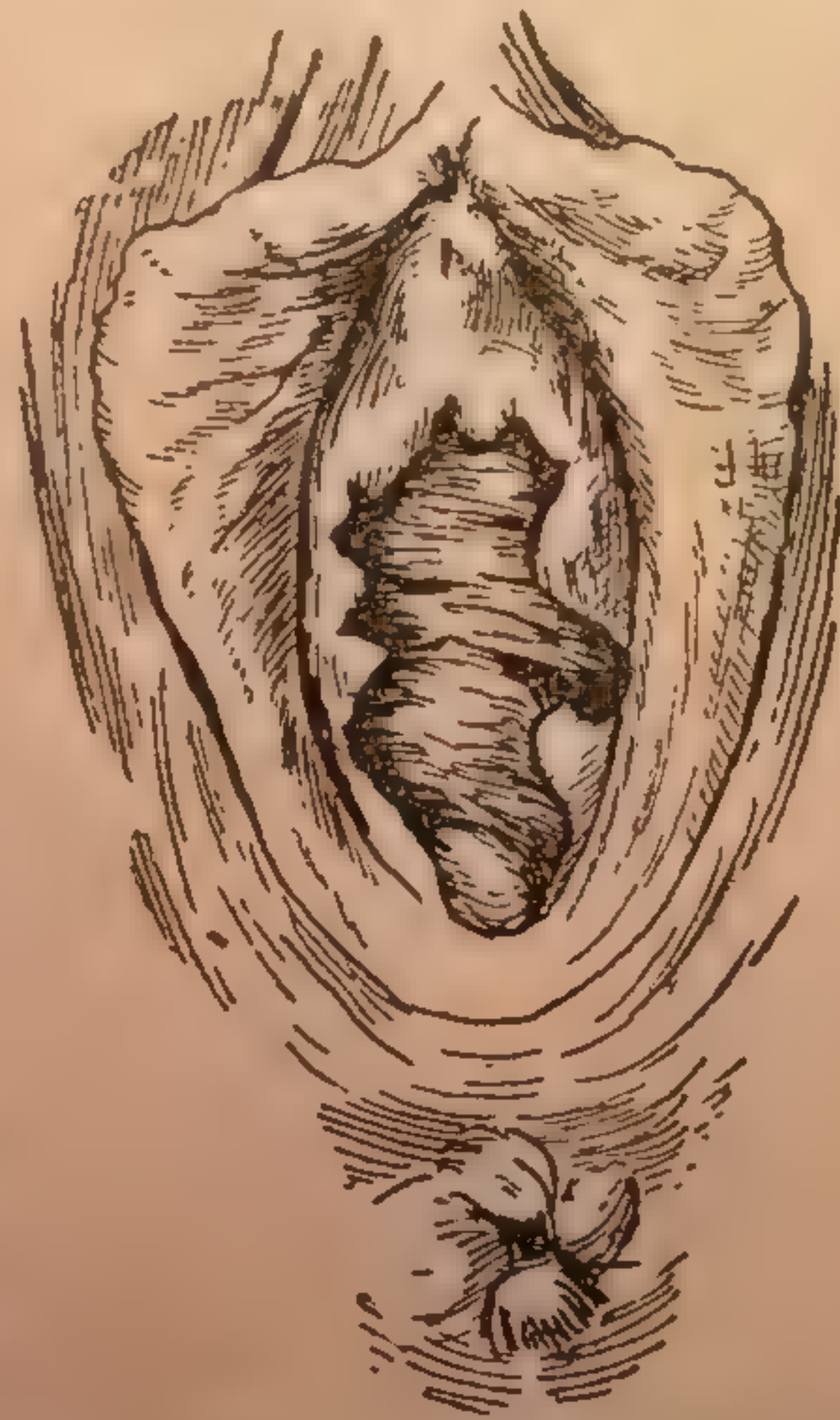


Рис. 3. Вход во влагалище рожавшей женщины. Края девственной плевы в виде так называемых миртовидных сосочков.

Особенности расположения и строения мочеиспускательного канала у женщин обуславливают сравнительно легкую возможность занесения инфекции снаружи в мочевой пузырь, а отсюда выше по мочеточникам в почки. Находясь в непосредственной близости к наружным половым органам, мочеиспускательный канал может легко инфицироваться; поэтому чрезвычайно важно содержать в чистоте наружные половые органы.

Девственная плева (hymen) (рис. 2) расположена на границе между наружными и внутренними половыми органами. Она представляет собой соединительнотканную перегородку, внутренняя и наружная поверхность которой выстлана многослойным плоским

В девственной плеве имеется большое количество мелких кровеносных сосудов; этим объясняется, почему разрывы девственной плевы сопровождаются кровотечением. Девственная плева богата нервными волокнами, чем объясняется значительная болезненность при ее растяжении.

При половых сношениях девственная плева надрывается обычно в радиальном направлении, преимущественно снизу и с боков (рис. 2), после чего она оказывается состоящей из нескольких «лоскутков». После родов остатки девственной плевы превращаются в так называемые (рис. 3) миртовидные сосочки (*sacunculae myrtiformes*).

Указанные изменения девственной плевы имеют практическое значение, особенно в судебной медицине; по состоянию девственной плевы можно решить, имела ли женщина половое сношение, а по свежести надрывов можно приблизительно судить и о моменте разрыва; по состоянию девственной плевы и входа во влагалище можно также определить, рожала женщина или нет.

Бывают случаи, когда девственная плева, будучи легко растяжимой, не разрывается при половых сношениях и сохраняется до наступления родов; в таких случаях во избежание отрыва плевы по краю влагалища и возможного вследствие этого сильного кровотечения при родах, растянутую вступающей частью плода девственную плеву рассекают ножницами посередине книзу или делают две боковые насечки.

Преддверие влагалища (*vestibulum vaginae*) ограничено спереди клитором, сзади — задней спайкой влагалища, с боков — краями малых губ, а в глубине доходит до девственной плевы. В преддверие влагалища, как было указано, открываются выводные протоки бартолиновых желез, мочеиспускательный канал и парауретральные железы.

ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

К внутренним половым органам (*genitalia interna*) относятся влагалище, матка, маточные трубы и яичники (рис. 4).

Влагалище (*vagina*) представляет собой трубку, лежащую по середине малого таза; идет эта трубка снизу и спереди вверх, причем кзади она слегка изогнута. Передняя и задняя стенки влагалища в некоторых местах соприкасаются. В среднем длина влагалища у взрослой женщины по передней стенке равна 7—8 см, а по задней — 9—10 см; ширина влагалища не одинакова: в нижнем конце влагалище уже, кверху оно расширяется, а в самом верхнем конце снова немного суживается.

Во влагалище вдается шейка матки, так называемая влагалищная часть ее (*portio vaginalis*). Стенки влагалища образуют вокруг влагалищной части шейки матки куполообразные растяжимые своды, которыми влагалищная трубка замыкается сверху. Различают четыре влагалищных свода: спереди над шейкой —

передний свод, сзади под шейкой — задний свод, с боков — боковые своды. Передний свод короче и мельче, чем задний.

Во влагалище различают четыре стенки: передняя стенка влагалища граничит спереди с мочеиспускательным каналом и мочевым пузырем; задняя стенка влагалища лежит над прямой кишкой и отделена от нее толщей промежности; боковые стенки

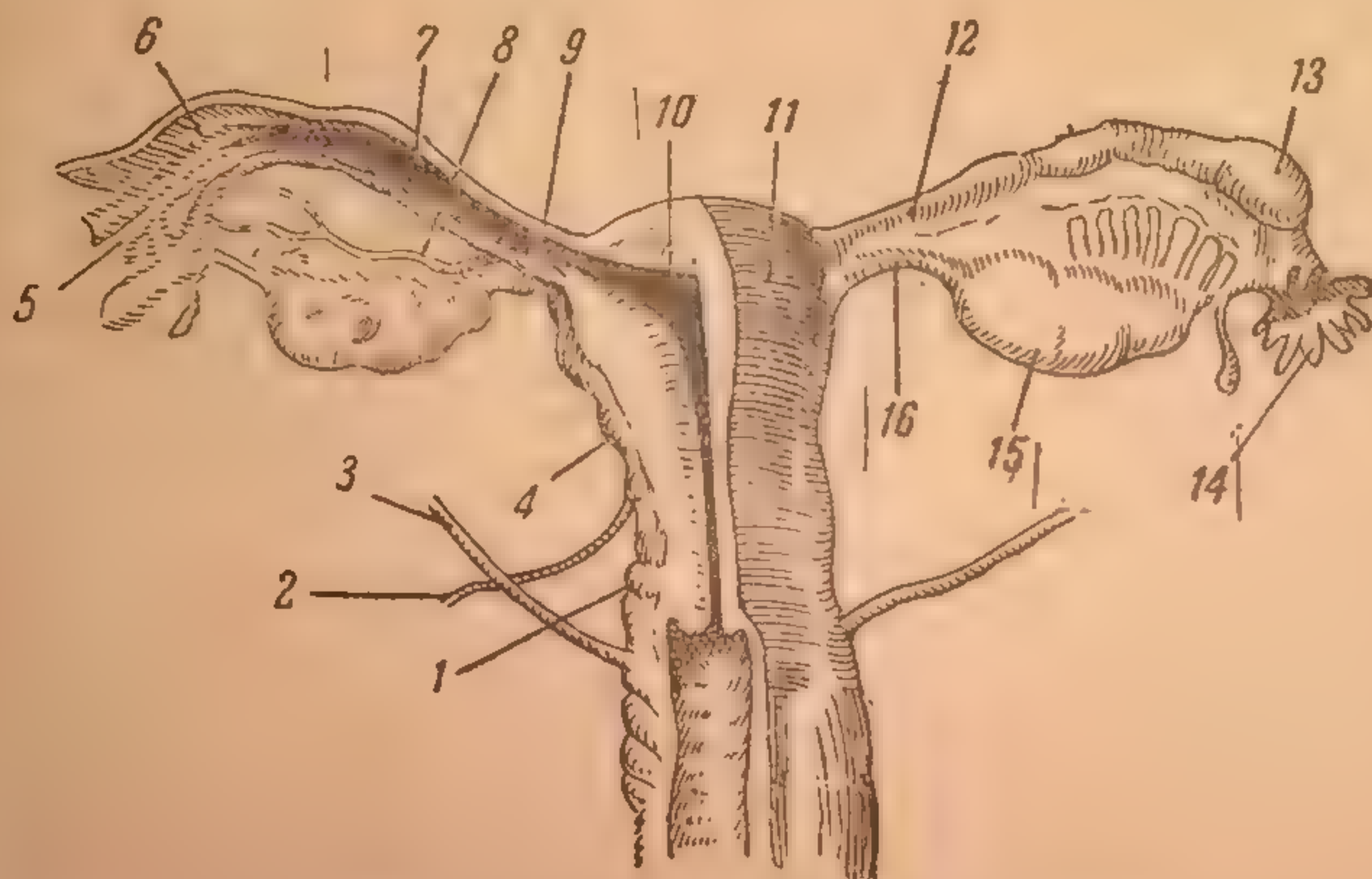


Рис. 4. Внутренние половые органы женщины.

1 — шейная ветвь маточной артерии; 2 — маточная артерия; 3 — мочеточник; 4 — восходящая ветвь маточной артерии; 5 — бахромки трубы — фимбрии; 6 — канал маточной трубы; 7 — истмическая часть трубы; 8 — сосуды яичника; 9 — межуточная часть трубы; 10 — полость матки; 11 — брюшинный покров матки; 12 и 13 — маточная труба; 14 — бахромки трубы, окружающие воронку трубы; 15 — яичник; 16 — собственная яичниковая связка.

влагалища отделены от стенок таза мышечными волокнами и рыхлой соединительной тканью.

Стенки влагалища состоят, таким образом, из мышечных пучков, соединительной ткани и слизистой оболочки, тесно связанных друг с другом. Мышечные пучки передней стенки влагалища распространяются и на мышечный слой мочеиспускательного канала; такая же связь имеется между мышечными пучками задней стенки влагалища и нижнего отрезка прямой кишки. Толщина стенок влагалища достигает 3 мм.

Слизистая оболочка влагалища взрослой женщины выстлана многослойным плоским эпителием, по боковым стенкам она сравнительно гладкая, а спереди и сзади сложена в поперечные складки (*columnae rugarum*), как бы гофрирована, подобно мехам гармоники. Благодаря этой складчатости влагалищная трубка может значительно растягиваться в длину, что имеет место, например, во время родов при прохождении плода через влагалище.

У девочек и у женщин в старческом возрасте складчатость влагалища отсутствует—у первых она еще не успела образоваться, а у последних уже сгладилась вследствие атрофии полового аппарата, в том числе и слизистой оболочки влагалища. У девочек эпителий влагалища нежный, бархатистый, легко ранимый, менее способен противостоять инфекции.

Слизистая оболочка влагалища в нижней части розовато-красного цвета, в верхних отделах влагалища она более бледная; во время беременности, вследствие венозной гиперемии, слизистая оболочка приобретает фиолетовый оттенок.

На поверхности слизистой оболочки влагалища имеется много сосочков и незначительное количество лимфатических узлов. Желез в слизистой оболочке влагалища не имеется. Небольшое количество жидкого влагалищного отделяемого, иногда называемого «секретом», образуется преимущественно за счет пропотевания сыворотки из сосудов слизистой оболочки влагалища (транссудат).

У здоровых девочек, начиная с первых дней их жизни, реакция влагалищного отделяемого слабо щелочная, ко времени половой зрелости становится слабокислой. В нормальном влагалищном отделяемом, кроме плоских клеток влагалищного эпителия, содержатся микробы, так называемые влагалищные палочки. Полагают, что они способствуют образованию молочной кислоты из гликогена, который содержится в клетках эпителия влагалища. Молочная кислота и обуславливает слабокислую реакцию влагалищного отделяемого. Благодаря кислой среде и жизнедеятельности влагалищных палочек большинство различных патогенных бактерий, попадающих во влагалище извне, погибает, а патогенность остающихся значительно ослабевает. Этим и объясняется способность «самоочищения» влагалища. Если кислотность влагалищной среды значительно понижается, количество влагалищных палочек уменьшается, то способность влагалища к «самоочищению» понижается, и попадающие извне патогенные бактерии продолжают оставаться во влагалище, вызывая иногда то или иное заболевание.

В зависимости от характера микрофлоры, различают четыре степени чистоты влагалища. При первой степени чистоты во влагалищном отделяемом нет патогенных бактерий, а имеются только влагалищные палочки и клетки эпителия; при второй степени имеются влагалищные палочки, клетки эпителия, единичные лейкоциты и в небольшом количестве различные виды бактерий; при третьей степени влагалищных палочек мало, но имеются клетки эпителия, различные кокки и обилие лейкоцитов; при четвертой степени влагалищные палочки отсутствуют, имеется мало эпителиальных клеток и очень много лейкоцитов и стрептококков.

Влагалищное отделяемое имеет специфический запах, напоминающий запах селедочного рассола. У недостаточно чистоплот-

ных женщин выделения, оставаясь на наружных половых органах, засыхают и раздражают их поверхность.

Матка (*uterus*) взрослой женщины имеет форму груши, несколько сплюсненной в передне-заднем направлении (рис. 5). Своим узким концом (шейкой) матка как бы вставлена в верхний конец влагалищной трубки.

В матке различают две части: широкую, верхнюю, часть — тело матки, и узкую, нижнюю, часть — шейку матки. От углов тела матки вправо и влево тянутся маточные трубы.

В теле матки различают дно матки, верхний и нижний отдел. Дно — самая верхняя часть матки, расположенная выше места отхождения маточных труб. Если провести поперечный разрез матки на уровне, где отходят маточные трубы, то кверху отделится часть, похожая на купол; это и есть дно матки. В оставшейся после такого разреза части тела матки различают верхний и нижний отдел. Границей между этими отделами условно принято считать то место, где к передней стенке матки плотно прикрепляется брюшина.

В шейке матки различают надвлагалищную часть (*portio supravaginalis*), т. е. ту часть ее, которая находится в брюшной полости, и влагалищную часть (*portio vaginalis*), которая вдается во влагалище.

Граница между полостью матки и каналом шейки матки (рис. 5) представляет собой узкий канал длиной около 1 см; этот участок шейки называется перешейком (*isthmus*). Кверху через анатомический внутренний зев (*orificium uteri internum anatomicum*) канал перешейка переходит в полость матки, а книзу через гистологический внутренний зев (*orificium uteri internum histologicum*) — в шеечный канал. Внизу шейка матки заканчивается отверстием, открывающимся во влагалище; это отверстие называется наружным зевом (*orificium uteri externum*).

Перешеек вместе с частью нижнего отдела тела матки образует во время беременности и родов ту часть матки, которая носит название нижний сегмент матки. Нижний сегмент матки растягивается в конце беременности и особенно истончается при родах.

Длина всей матки, т. е. тела и шейки, у взрослой женщины равна 8—9 см, ширина в области дна — 5 см, толщина стенок — от 1 до 2 см; вес небеременной матки равен в среднем 50 г. Из общей длины матки у взрослой зрелой в половом отношении

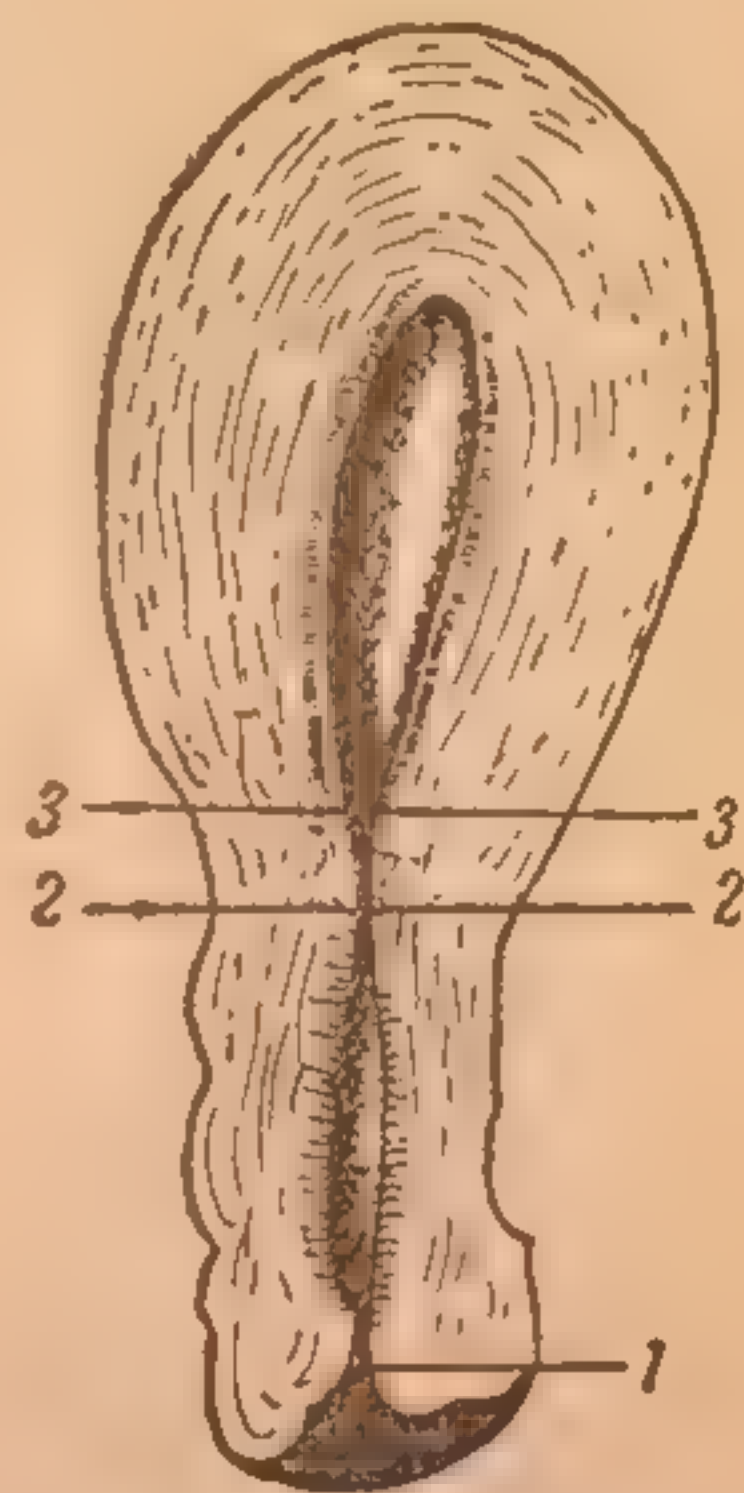


Рис. 5. Продольный разрез матки (в передне-заднем направлении).

1 — наружный маточный зев; 2 — гистологический внутренний зев; 3 — анатомический внутренний зев; 2—3 — перешеек.

женщины почти две трети приходится на тело, а одна треть — на шейку. У девочек, не достигших половой зрелости, существуют обратные соотношения: у них шейка матки длиннее тела. Если у взрослой женщины обнаруживается матка с коротким, маленьким телом и длинной шейкой, это свидетельствует о недоразвитии матки.

Расположение матки. Матка находится приблизительно в центре таза; тело матки при нормальных условиях обращено кверху и кпереди, а шейка — книзу и кзади, при этом продольная ось тела матки и ось шейки либо образуют одну прямую линию, либо между телом и шейкой матки имеется небольшой перегиб, и обе указанные оси сходятся под тупым углом кпереди (*anteflexio*); такое положение матки считается нормальным. По наблюдениям Н. И. Пирогова, ось тела матки совпадает



Рис. 6. Наружный зев шейки матки у нерожавшей женщины.



Рис. 7. Наружный зев шейки матки у рожавшей женщины.

с осью малого таза. Нормально матка подвижна и при исследовании сравнительно легко смещается и снова возвращается в прежнее положение. Матка у взрослой женщины находится целиком в малом тазу; если надавливать рукой над лоном через брюшную стенку, то матку нормальной величины прощупать не удастся.

Строение матки. Исследованиями русских ученых установлено, что у девочек в первые годы их жизни тело матки уплощено и вытянуто в поперечном направлении; шейка длиннее тела; перегиб между телом и шейкой почти отсутствует. В периоде полового созревания (12—14 лет) передняя и задняя стенки матки становятся несколько выпуклыми, дно матки приобретает куполообразную форму и выдается над уровнем маточных труб. Мускулатура матки значительно развивается, дно матки сильно утолщается, перегиб матки кпереди усиливается; тело матки становится длиннее, чем шейка. Шейка принимает цилиндрическую форму и при правильном положении матки обращена кзади. В недоразвитой матке шейка удлинена, часто имеет коническую форму, суживаясь к наружному зеву.

Наружный зев шейки матки имеет форму поперечно-овального отверстия; в нем различают переднюю и заднюю губу. При пер-

вых же родах наружный зев обычно надывается по бокам, почему у рожавших женщин зев имеет форму чуть приоткрытой поперечной щели; иногда это отверстие имеет звездчатую форму и слегка зияет (рис. 6 и 7).

Внутренний зев шейки матки — граница между каналом шейки и полостью матки. Этой границей принято считать наиболее узкую часть канала длиной в 1 см (перешеек) (стр. 23). Один конец перешейка, граничащий непосредственно с полостью матки, как было указано, соответствует анатомическому внутреннему зеву, другой, переходящий в канал шейки матки, соответствует гистологическому внутреннему зеву.

Полость матки имеет треугольную форму (рис. 8); вершина треугольника обращена вниз и соответствует анатомическому внутреннему зеву, а два верхних угла по бокам расположены в дне матки и соответствуют отверстиям маточных труб.

Передняя и задняя стенки матки близко подходят друг к другу, почему на продольном разрезе полость матки имеет щелевидную форму (рис. 5).

В толще стенки матки различают три слоя: внутренний — слизистый, эндометрий (*endometrium*), средний — мышечный, миометрий (*myometrium*), и наружный — брюшинный, или серозный (*perimetrium*).

Слизистая оболочка полости и канала шейки матки покрыта однослойным цилиндрическим эпителием с короткими ресничками, мерцающими в одном направлении — сверху вниз, т. е. из матки в сторону влагалища. По внешнему виду слизистая оболочка в полости матки отличается от таковой в шейке: в полости матки цилиндрический эпителий гладкий, а в канале шейки, за исключением перешейка, он располагается елкообразными складками (*plicae palmatae*). В области перешейка эпителий по внешнему виду такой же, как и в полости матки, т. е. гладкий (рис. 8). Под эпителиальным слоем расположена соединительнотканная основа слизистой оболочки матки.

Слизистая оболочка полости матки (эндометрий) и канала шейки матки богата снабжена трубчатыми железами, которые пронизывают всю толщу слизистой оболочки до самого мышечно-го слоя, а иногда проникают даже в мышечный слой. Они имеют вид длинных трубочек, иногда раздваивающихся на концах (рис. 9). В зависимости от стадии менструального цикла, железы

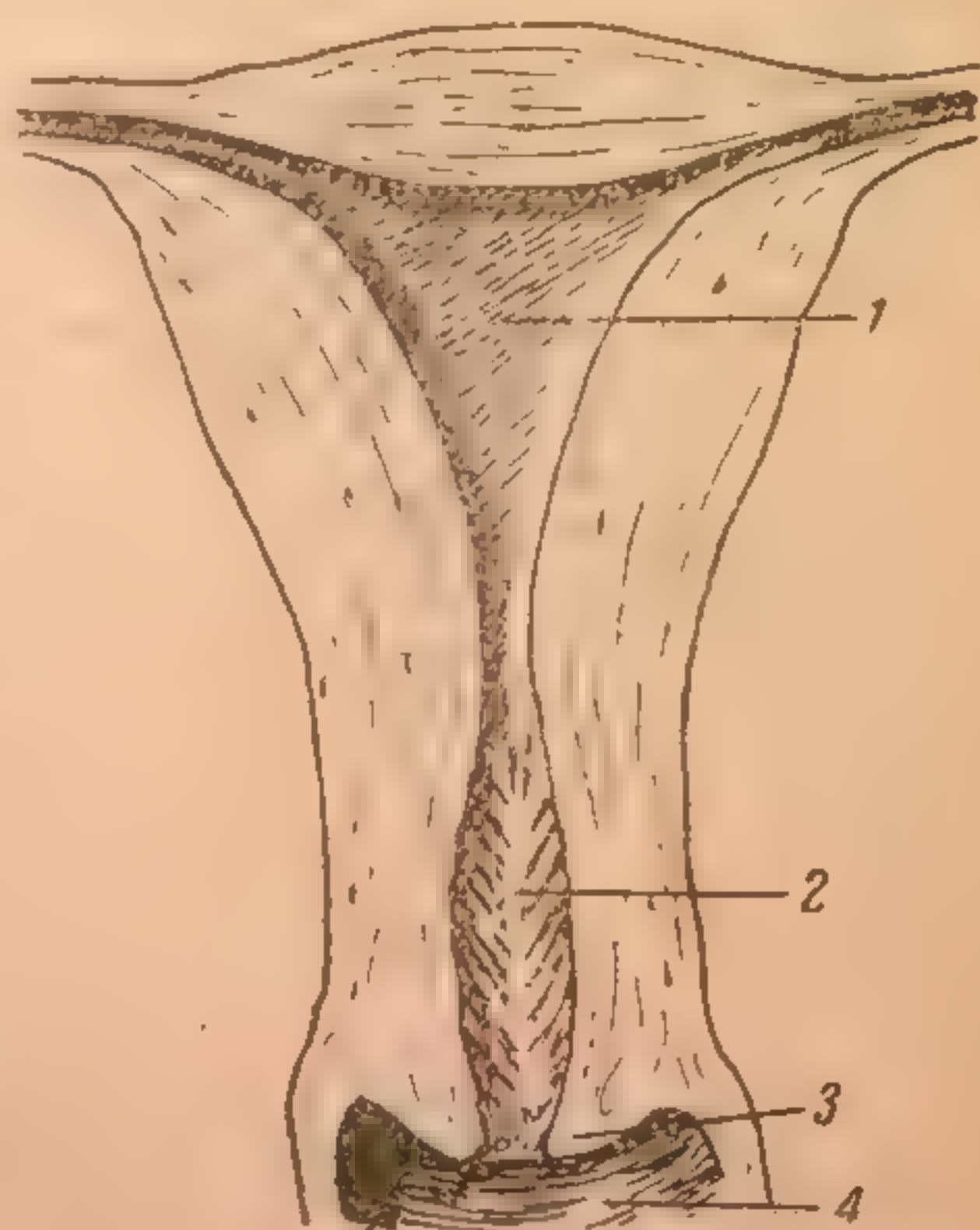


Рис. 8. Продольный разрез матки (через трубные углы).
1 — полость матки; 2 — канал шейки матки; 3 — наружный зев; 4 — свод влагалища.

слизистой оболочки полости матки могут иметь различную форму — то трубчатую, то штопорообразную.

Железы слизистой оболочки шеечного канала отличаются от желез полости матки тем, что просвет их шире и они не прямые, а многократно ветвящиеся наподобие оленьих рогов (рис. 10).



Рис. 9. Железы слизистой оболочки полости тела матки.

пробка шейки механически препятствует проникновению инфекции в матку и вместе с тем, обладая бактерицидными свойствами, также защищает полость матки от внедрения бактерий из влагалища. В нормальных условиях полость матки стерильна, — она свободна от бактерий.

Мышечный слой матки (миометрий) — средний, самый мощный слой стенки матки. Толщина мышечного слоя достигает 1—2 см, причем в дне матки он больше. Мышечный слой состоит из гладких мышечных волокон, собранных пучками; пучки отделяются друг от друга соединительнотканными прослойками. Количество соединительной ткани неодинаково в различных отделах матки; среди мышечных пучков шейки ее больше, чем в теле матки. С возрастом, по мере приближения к климактерическому периоду, содержание соединительной ткани в стенке матки увеличивается.

В матке взрослой женщины мышечные слои настолько переплетаются, что лишь с большим трудом могут быть отделены друг



Рис. 10. Железы слизистой оболочки канала шейки матки.

от друга, а во многих местах их совершенно нельзя разделить.

В основном в расположении мускулатуры матки различают три слоя — наружный, средний и внутренний. Мышечные волокна наружного слоя идут преимущественно в продольном направлении, среднего слоя — в циркулярном, или кольцевом, а внутреннего — опять в продольном направлении (рис. 11). В теле матки наиболее развит средний, циркулярный, слой, состоящий как бы из колец, идущих с маточных труб и окружающих матку сначала в косом направлении; книзу эти кольца принимают все более и более горизонтальное направление.

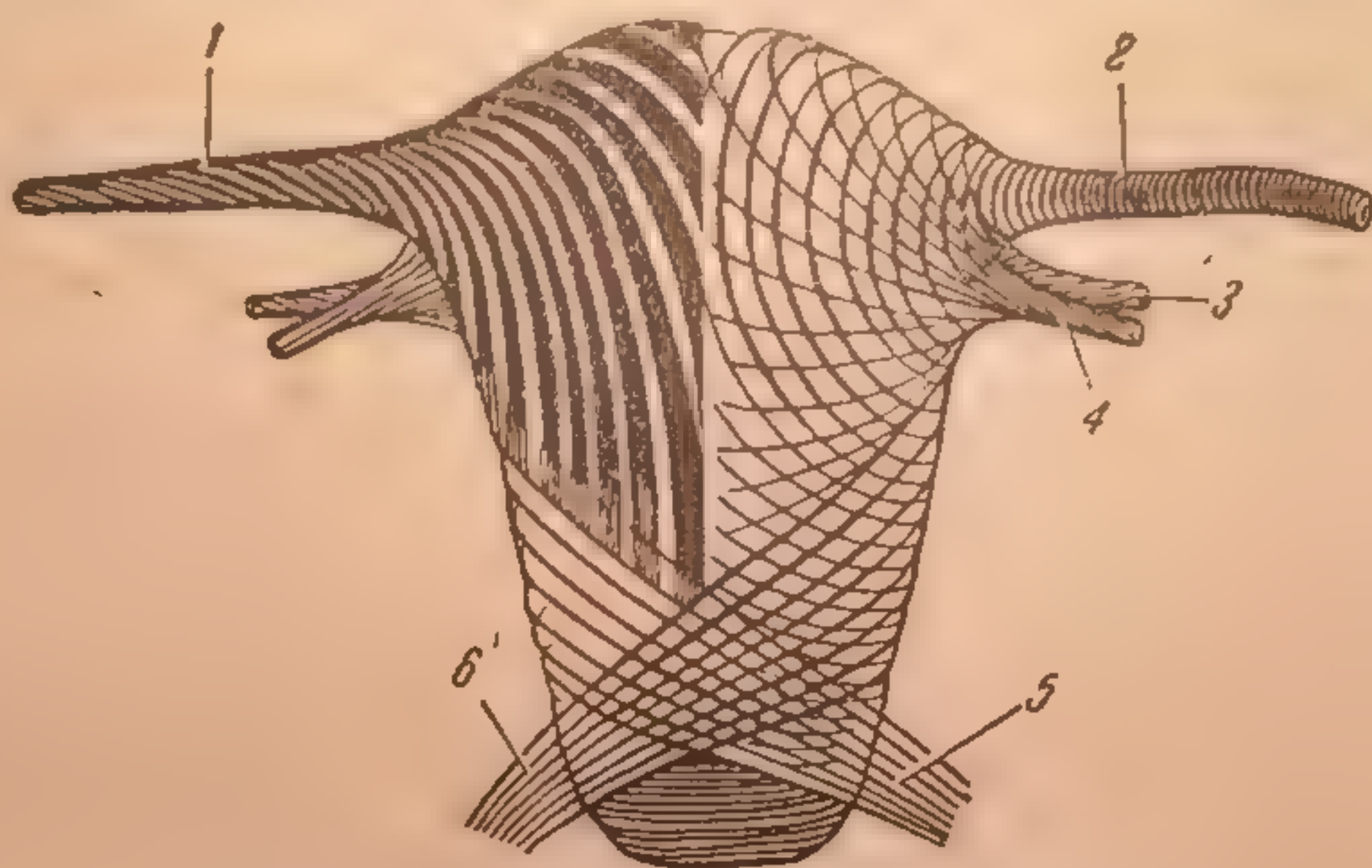


Рис. 11. Направление пучков мышечных волокон в стенке матки (вид сзади) (схема).

1 — мускулатура трубы, наружный продольный слой;
2 — мускулатура трубы, средний кольцевой слой;
3 — круглая маточная связка; 4 — собственная связка яичника; 5 и 6 — крестцово-маточные связки.

В шейке матки мышечные пучки также идут в трех направлениях, причем преобладают пучки с продольным направлением волокон.

Серозный, или брюшинный (периметрий), слой матки — наружный, представляет собой брюшину, спускающуюся с мочевого пузыря и покрывающую матку. О ходе брюшины мы будем говорить, ознакомившись с расположением и строением маточных труб.

Маточные трубы (salpinges), или, как их иначе называют, яйцепроводы, тянутся от дна матки вправо и влево по направлению к боковым стенкам таза. Средняя длина нормальной трубы у взрослой женщины равна 10—12 см, средний диаметр ее 1 см.

В трубе различают следующие отделы: часть трубы, проходящая в толще маточной стенки, называется межуточной (pars interstitialis); следующая от стенки матки часть трубы, прямая и тонкая, называется перешеечной, или истмической (pars isthmica); затем труба расширяется, образуя нечто напоминающее ампулу, эта часть называется ампулярной

(pars ampullaris); ампулярная часть заканчивается воронкообразным расширением и носит название воронки трубы (infundibulum tubae).

Воронка трубы окружена свисающими бахромками, так называемыми фимбриями (fimbriae) (рис. 12).

В стенке трубы, как и в стенке матки, различают три слоя: внутренний — слизистый, средний — мышечный и наружный — серозный, или брюшинный, покров. Слизистая оболочка про-

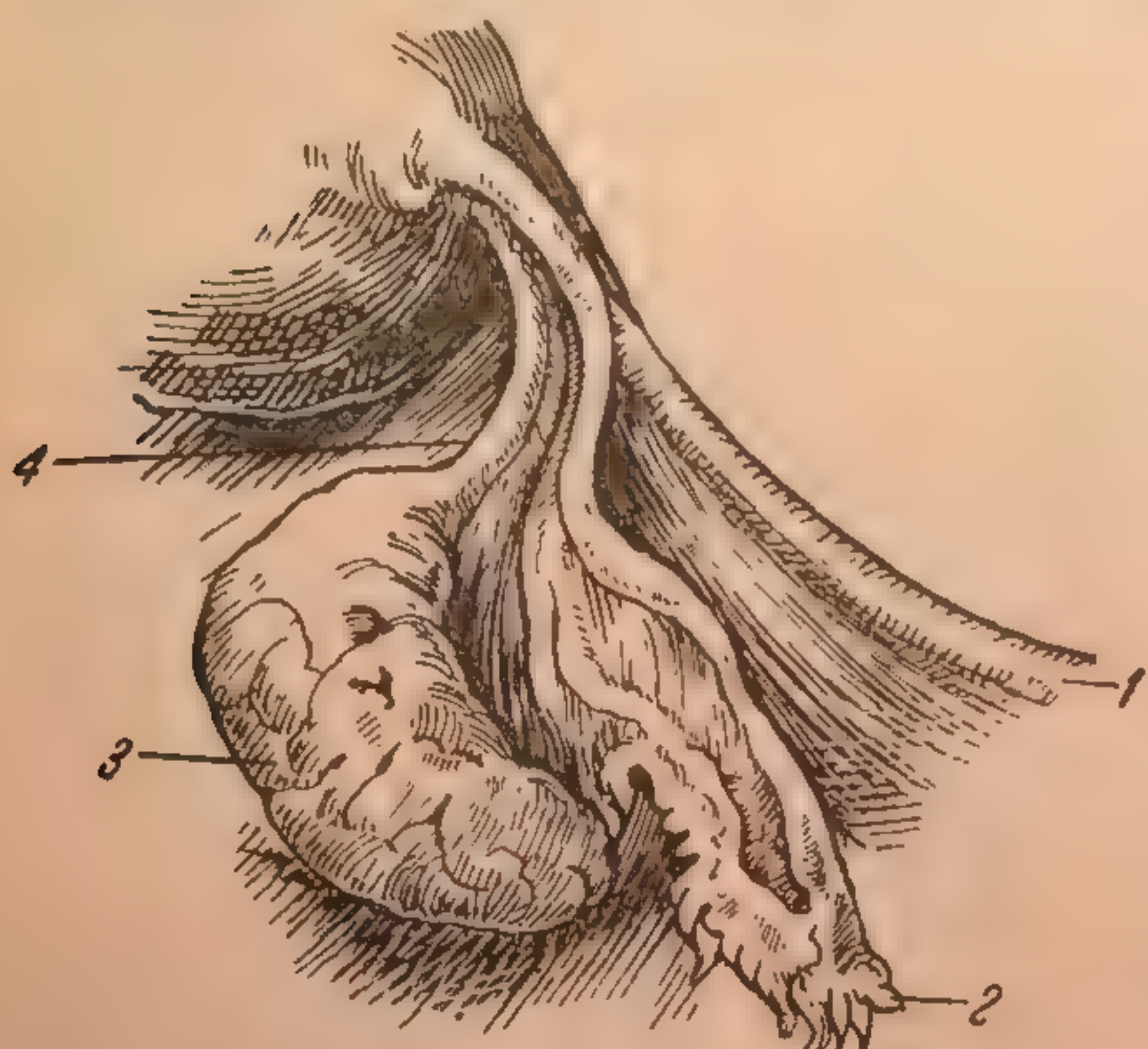


Рис. 12. Яичник, труба, задний листок широкой связки и круглая связка (так называемые «придатки»).

1 — круглая связка; 2 — фимбрии трубы; 3 — яичник; 4 — собственная связка яичника.

света трубы покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием; мерцательные колебания ресничек направлены в одну сторону, в сторону матки. Мерцательные движения ресничек способствуют продвижению яйца. Просвет маточной трубы представляет собой очень узкий, слегка извилистый канал (см. рис. 4), причем самая узкая часть его просвета (меньше 1 мм в диаметре) расположена в межуточной части трубы.

Мышечный слой маточных труб состоит из гладких мышечных волокон, располагающихся в трех направлениях: под

слизистой оболочкой просвета трубы мышечные волокна тянутся вдоль, по длине, трубы; следующий, средний, слой состоит из кольцевидных волокон, а третий, наружный, слой — снова из продольных волокон. Благодаря чередующимся сокращениям то продольных, то кольцевых волокон труба выполняет перистальтические движения, напоминающие перистальтику кишки, — движения, похожие на производимые дождевым червем при его перемещении. При сокращении продольных волокон труба укорачивается, а при сокращении кольцевых — суживается. Перистальтические сокращения мышечных волокон и мерцательные колебания ворсинок эпителия просвета являются необходимыми условиями для нормальной функции трубы; благодаря этим движениям яйцо, попавшее в трубу, перемещается в матку.

У взрослой женщины с нормально развитыми половыми органами маточные трубы вытянутые; у девочек они извилистые, зигзагообразные. Если трубы остаются извилистыми и у взрослой женщины, то это может послужить причиной замедления нормаль-

ного продвижения яйца, что иногда приводит к задержке последнего в трубе.

Ход брюшины. Снаружи маточные трубы вместе с маткой покрыты брюшиной. Спускаясь широким пластом с задней стенки мочевого пузыря, брюшина заворачивает кверху и ложится по передней стенке матки; отсюда она поднимается выше, покрывает дно матки вместе с трубами и затем спускается по задней стенке матки приблизительно до уровня внутреннего зева; здесь брюшина заворачивает на прямую кишку и покрывает ее.

Спереди, где брюшина с мочевого пузыря переходит на переднюю стенку матки, образуется как бы выемка, карман (некоторыми не совсем правильно называемый передним дугласовым пространством) — это пузырно-маточное углубление (*excavatio vesico — uterina*).

Место, где брюшинный листок плотно прикрепляется к передней стенке матки, условно принято считать границей между верхним и нижним отделом тела матки.

Сзади, где брюшинный листок переходит с задней стенки матки на прямую кишку, образуется глубокий свободный карман — заднее дугласово пространство, или задний дуглас (по имени автора, описавшего его); задний дуглас глубже и спускается значительно ниже, чем пузырно-маточное углубление (спереди).

Брюшинные листки покрывают дно матки и трубы; свисая с труб, оба листка, передний и задний, сближаются под трубами и образуют так называемые широкие связки (рис. 12), которые тянутся к боковым стенкам таза и прикрепляются к ним.

Чтобы нагляднее представить себе ход брюшины, возьмите какую-нибудь тонкую палочку длиной приблизительно сантиметров в 30 и зажмите ее посередине в кулак; кулак будет представлять матку, а торчащие в обе стороны концы палочки — маточные трубы. Спереди кулака представьте себе мочевой пузырь, а сзади — прямую кишку. Теперь накройте все это большим носовым платком так, чтобы он одинаково свисал спереди и сзади от вашего кулака, вы увидите, что спереди и сзади кулак будет покрыт носовым платком; оба конца палочки покрыты сверху носовым платком, который с них свисает двумя листками. Если вы под палочкой сблизите свисающие концы платка, то получите подобие широких связок. Носовой платок в данном случае представляет брюшинный листок. Если вы теперь посмотрите на боковые части кулака под палочкой, то заметите, что эти части не покрыты платком; оба листка платка соединяются несколько отступая от боковых краев кулака.

Те же отношения имеются между брюшиной и маткой. Ребра матки книзу от маточных труб непосредственно брюшиной не покрыты; здесь по длине ребер между листками широкой связки имеется просвет, который заполняется рыхлой соединительнотканной клетчаткой.

Сросшиеся вверху под маточными трубами листки широких связок внизу несколько расходятся, образуя по бокам матки до стенок таза пространства, заполненные рыхлой соединительнотканной клетчаткой — околomаточной клетчаткой — параметрий (*parametrium*). В параметрии проходят кровеносные

сосуды, снабжающие матку кровью (маточная артерия и вены); здесь же имеется большое количество лимфатических сосудов и лимфатических узлов.

Следует отметить, что трубы покрыты брюшиной не сплошь до конца; свисающие свободно в брюшную полость бахромки маточных труб не покрыты брюшиной.

Часть широкой связки, начинающаяся от воронки трубы и идущая до стенки таза, называется воронкообразно-тазовой связкой (*lig. infundibulo-pelvicum*).

Строение матки, ее мускулатуры было подробно изучено В. С. Груздевым.

Викторин Сергеевич Груздев (1866—1938) — выдающийся русский врач, ученый, педагог и общественный деятель. С 1900 г. в течение 38 лет состоял профессором Казанского медицинского института. В основе его деятельности была заложена неразрывная связь теории с практикой. Его перу принадлежит много научных работ, в том числе прекрасный учебник для студентов и врачей — «Курс акушерства и женских болезней». Учебник написан на основе работ, выполненных исключительно русскими учеными, а также личных исследований автора. В предисловии к учебнику автор указывает, что «прогресс науки... возможен лишь при том условии, если наука, не игнорируя открытий, сделанных ее служителями во всем мире, будет прежде всего опираться на данные, выработанные в родной стране». Всю свою жизнь он стремился поднять отечественную акушерско-гинекологическую науку на должную высоту. В. С. Груздев создал прекрасную школу; 14 его учеников стали профессорами, которые занимали и занимают поныне кафедры в советских медицинских вузах.

Яичник (*ovarium*), или женская половая железа, у взрослой женщины имеет миндалевидную форму с неровной поверхностью. Длина яичника равна 4 см, толщина — 1—1,5 см, вес — 6—8 г.

Яичник определяет принадлежность данного индивидуума к женскому полу, придавая ему соответственные половые признаки, отличающие женщину от мужчины. Отсутствие яичников оказывает глубокое влияние на весь организм, в то время как отсутствие какой-либо другой части полового аппарата отражается на нем несравненно меньше.

Яичник свободно вдаётся в брюшную полость, удерживается одним своим краем на заднем листке широкой связки. Пластинка, которой яичник связан с задним листком широкой связки, называется *mesovarium*; часть яичника, непосредственно связанная с *mesovarium*, называется воротами яичника (*hilus ovarii*); через ворота к яичнику проходят кровеносные сосуды и нервы.

От внутреннего края яичника к углу матки идет собственная связка яичника (рис. 12) (*lig. ovarii proprium*).

Яичник покрыт так называемым зародышевым, или яичниковым, эпителием и не покрыт брюшиной. Зародышевый эпителий играет роль в образовании весьма важных элементов яичника — фолликулов.

В толще яичника различают два слоя: расположенный ближе к поверхности — корковый, и лежащий в глубине — мозговой. Корковый слой состоит из соединительнотканной основы с сосу-

дами и нервами. На различной глубине в корковом слое яичника заложены первоначальные, или так называемые примордиальные, фолликулы, созревающие и зрелые фолликулы с находящимися в них яйцевыми клетками. Мозговой слой богат кровеносными сосудами; фолликулов в нем нет.

Помимо созревания яйцевых клеток, в яичнике вырабатываются особые вещества — гормоны, так называемые эстрогенные¹ гормоны, которые поступают непосредственно в ток крови. Влияние этих гормонов обуславливает половые и ряд других особенностей, присущих женскому организму: строение скелета, внешний вид, особенности обмена веществ, развитие грудных желез и других вторичных половых признаков женщины. Эстрогенные гормоны оказывают большое влияние на течение беременности и родов.

СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

Матка расположена в центре таза. Она подвижна и сохраняет положение, при котором между ее телом и шейкой образуется тупой угол, открытый кпереди, — антефлексию (*anteflexio*)². В этом положении матка удерживается при помощи связочного аппарата и мышц тазового дна. Связки, поддерживающий аппарат матки, отходят от нее в разных направлениях и прикрепляются к стенкам таза.

Круглые маточные связки (*lig. uteri rotunda*) (рис. 12), состоящие из гладких мышечных волокон и из соединительной ткани, отходят почти от самых углов матки впереди места отхождения маточных труб и, располагаясь под передним листком широких связок, направляются по обе стороны до боковых стенок таза и входят каждая через внутреннее паховое кольцо в паховый канал. Пройдя по паховому каналу, круглые маточные связки выходят через наружное паховое кольцо наружу, веерообразно расщепляются и, соединяясь между собой, прикрепляются к передней поверхности лобковой кости. Круглые связки, точно вожжи, удерживают матку дном кпереди (*anteversio*)³; во время беременности, особенно во второй половине ее, они значительно утолщаются и растягиваются.

Широкие связки (двойной листок брюшины) (*ligamenta lata*) (рис. 12) от ребер матки тянутся к боковым стенкам таза; матка висит на широких связках, как в гамаке.

Крестцово-маточные связки (*lig. sacrouterina*) отходят от задней стенки матки в области, соответствующей внутреннему зеву, окружают прямую кишку и прикрепляются к внутренней поверхности крестца. Крестцово-маточные связки сзади, а круглые связки спереди способствуют сохранению нормального положения матки; широкие связи с боков способствуют

¹ Эстрогенные — от греческого слова *oestrus* — течка.

² Ante — перед, flexio — сгибание.

³ Ante — перед, versio — наклонение.

сохранению срединного, относительно подвижного положения матки в тазу.

Положение матки сохраняется не только благодаря взаимодействию перечисленных связок. Большое значение для этого имеет состояние тазового дна. Находясь в полости таза, матка испытывает на себе силу внутрибрюшного давления, передающегося через пузырно-маточное углубление и заднее дугласово пространство на влагалище и на тазовое дно.

Тазовое дно состоит из нескольких слоев мышц и фасций. Содружественное сокращение мышц тазового дна при повышении внутрибрюшного давления уравнивает последнее, что и обеспечивает нормальное положение внутренних половых органов.

Внутрибрюшное давление оттесняет внутренние половые органы книзу, и если снизу не было бы препятствия, ослабляющего своим сопротивлением или уравнивающим внутрибрюшное давление, то половые органы постепенно опускались бы, а связки их растягивались бы.

Отсюда понятно, какие последствия влечет за собой нарушение целостности промежности и тазового дна.

ТАЗОВАЯ КЛЕТЧАТКА

Внутренние половые органы (влагалище, матка, маточные трубы, кроме их ампулярных концов), мочевого пузыря и прямая кишка отделены от брюшной полости брюшиной (стр. 29); они расположены, таким образом, внебрюшинно. Снизу эти органы отграничены фасцией тазового дна.

Брюшинный листок сверху и фасциальный листок снизу образуют как бы мешок, в котором находятся мочеполовые органы и прямая кишка. Свободные пространства между этими органами выполнены рыхлой соединительнотканной клетчаткой, которая носит название тазовой клетчатки.

Тазовая клетчатка является как бы мягкой прокладкой между этими органами и стенками таза; вместе со связочным аппаратом она способствует сохранению нормального положения внутренних половых и мочевых органов, обеспечивая вместе с тем и некоторую подвижность их.

Тазовая клетчатка окружает и проходящие здесь кровеносные, лимфатические сосуды, лимфатические узлы и нервы.

В некоторых местах клетчатка плотно соединяет прилегающие друг к другу органы, например, клетчатка между мочевым пузырем, мочеиспускательным каналом и передней стенкой влагалища.

Тазовую клетчатку между листками широких связок пронизывают гладкие мышечные волокна, придающие большую мощность широким связкам. Эти мышечные волокна носят название основных, или кардинальных, связок (*ligamenta cardinalia*).

Соответственно месту расположения тазовая клетчатка носит следующие названия.

Околоматочная, параметральная, клетчатка, как указывалось выше, выполняет пространства между листками широких связок от ребер матки до боковых стенок таза.

Околопузырная, паравезикальная, клетчатка выполняет пространства спереди и сзади от мочевого пузыря.

Околовагинальная, паравагинальная, клетчатка располагается между влагалищем и стенками малого таза.

Околопрямокишечная, параректальная, клетчатка расположена вокруг прямой кишки.

Названные отделы тазовой клетчатки не обособлены, все они связаны между собой соединительнотканными тяжами, представляя, таким образом, как бы единое целое. При воспалении в одном участке тазовой клетчатки процесс может распространяться и на другой участок. Так, например, воспаление околоматочной клетчатки (параметрит) может распространяться спереди в околопузырную клетчатку (паравезицит), равно и в другие отделы тазовой клетчатки.

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Наружные половые органы снабжаются кровью преимущественно из срамной артерии и частью веточками бедренных артерий.

Срамная артерия (*a. pudenda*) отходит от подчревной артерии и направляется книзу по задней стенке таза до тазового дна, отдавая здесь веточки влагалищу, наружным половым органам, промежности и прямой кишке.

Наиболее мощными кровеносными сосудами, которые снабжают кровью внутренние женские половые органы, являются маточные артерии (*aa. uterinae*) — правая и левая (рис. 13). Эти артерии отходят от подчревных артерий (*aa. hypogastricae*), проходят в толще рыхлой околоматочной клетчатки по кардинальным связкам и, перекрещивая мочеточники, подходят с обеих сторон к ребрам матки на уровне внутреннего зева. Здесь (рис. 13) правая и левая маточные артерии раздваиваются, образуя маточную и шейечную ветвь.

Маточная ветвь (*ramus uterinus*), штопорообразно извиваясь, проходит в толще клетчатки кверху по ребру матки, доходя до угла последней. Дойдя до дна матки, маточная ветвь отдает веточку маточной трубе и дальше соединяется с ветвью яичниковой артерии, приходящей сюда по собственной связке яичника.

Другая веточка маточной артерии, шейечная ветвь (*ramus cervicalis*), идет книзу по шейке матки.

Маточные ветви, поднимаясь по ребрам тела матки, отдают от себя на всем своем пути множество мелких артериальных веточек, идущих поперек передней и задней стенки матки, оплетая, таким образом, все тело матки сплошной сеткой тонких крове-

мешных сосудов. Штупорообразный ход маточных ветвей допускает возможность значительного растяжения и удлинения этих сосудов, что, например, имеет место при увеличении матки во время беременности (см. рис. 47).

Круглые связки снабжаются кровью из проходящих в них наружных семенных артерий (aa. spermaticae externae), которые отходят от наружных подвздошных артерий.

Указанные артерии внутренних половых органов сопровождаются одноименными венами, причем каждую артерию обычно

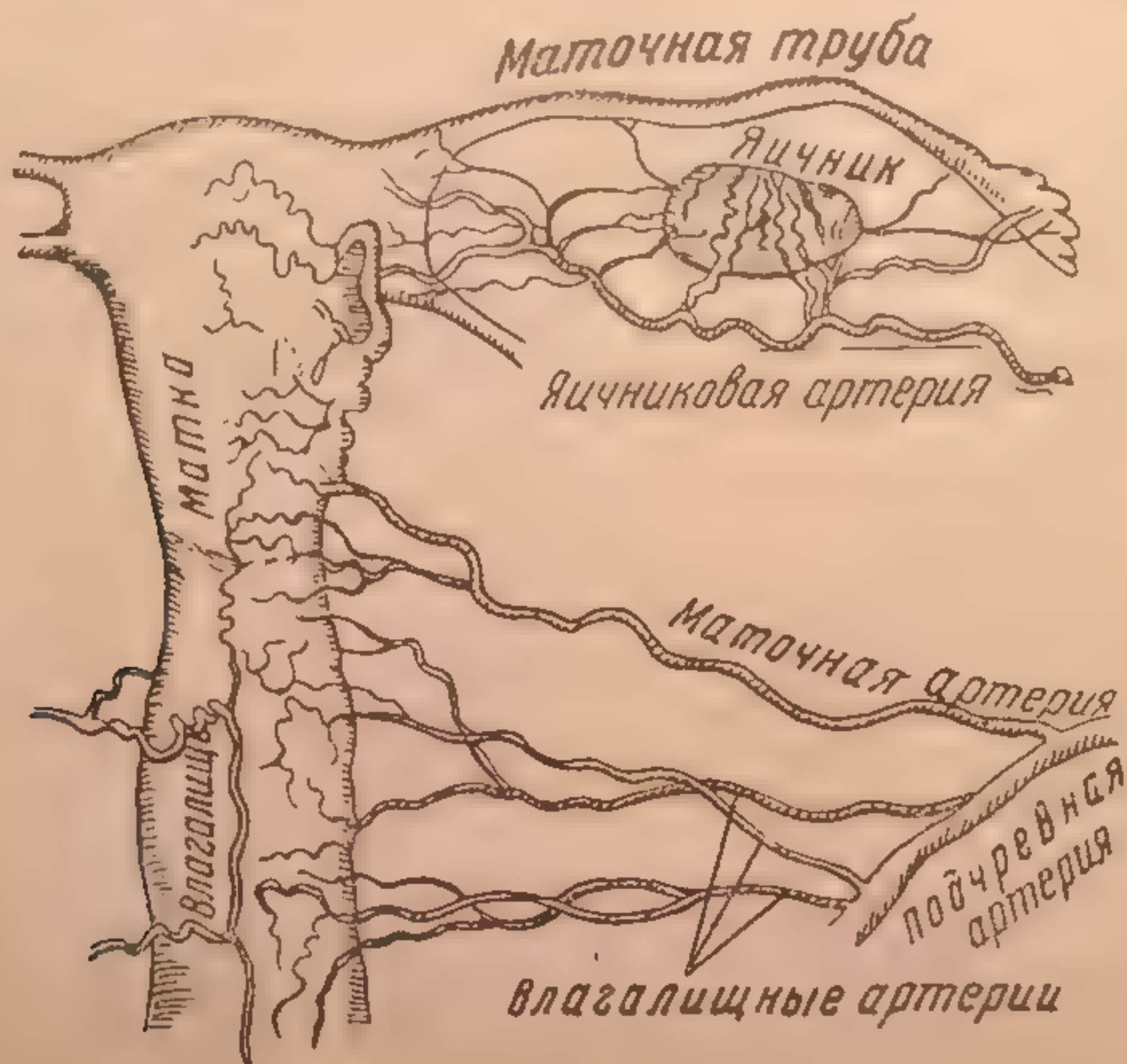


Рис. 13. Кровоснабжение половых органов.

сопровождают две одноименные вены. Местами вены образуют большие венозные сплетения.

Яичник снабжается кровью из яичниковой, внутренней семенной артерии (a. spermatica interna). Внутренняя семенная артерия отходит от брюшной аорты на уровне расположения почек. Обе артерии, правая и левая, идут вниз в направлении поясничных мышц и вступают в малый таз через воронкообразно-тазовую связку; отсюда внутренняя семенная артерия проходит между листками широкой связки. Дойдя до ворот яичника, внутренняя семенная артерия отдает несколько мелких артериальных веточек, идущих в яичник, после чего продолжает свой путь по собственной связке яичника. Дойдя до угла матки, она соединяется, анастомозирует с восходящей ветвью маточной артерии соответствующей стороны.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Половой аппарат женщины обладает чрезвычайно развитой сетью лимфатических сосудов и лимфатических узлов.

Система лимфатических узлов (рис. 14) женских половых органов схематично может быть сгруппирована в несколько основных этажей. Сосуды, отводящие лимфу из наружных половых органов, вливаются в основном в ряд лимфатических стволов, идущих к паховым узлам. Сосуды, отводящие лимфу из верхних частей влагалища, из шейки матки и нижней части тела матки, идут в параметральной клетчатке и вливаются в основном в подчревные и частью крестцовые лимфатические узлы. Лимфа от верхней части тела матки, труб и яичников собирается в поясничных лимфатических узлах.

Микробы, проникающие в тот или иной отдел полового аппарата, могут быть перенесены по лимфатическим путям в соответствующую область лимфатических узлов. Так, например, при воспалительных заболеваниях в области наружных половых органов часто наблюдается припухание паховых лимфатических узлов. Описанное расположение лимфатических узлов не следует представлять себе как нечто обособленное, изолированное. Между отдельными этажами лимфатической системы, между отдельными лимфатическими узлами матки и яичников, равно и соседних органов, как показали исследования советских ученых, имеются связи в виде анастомозов лимфатических сосудов.

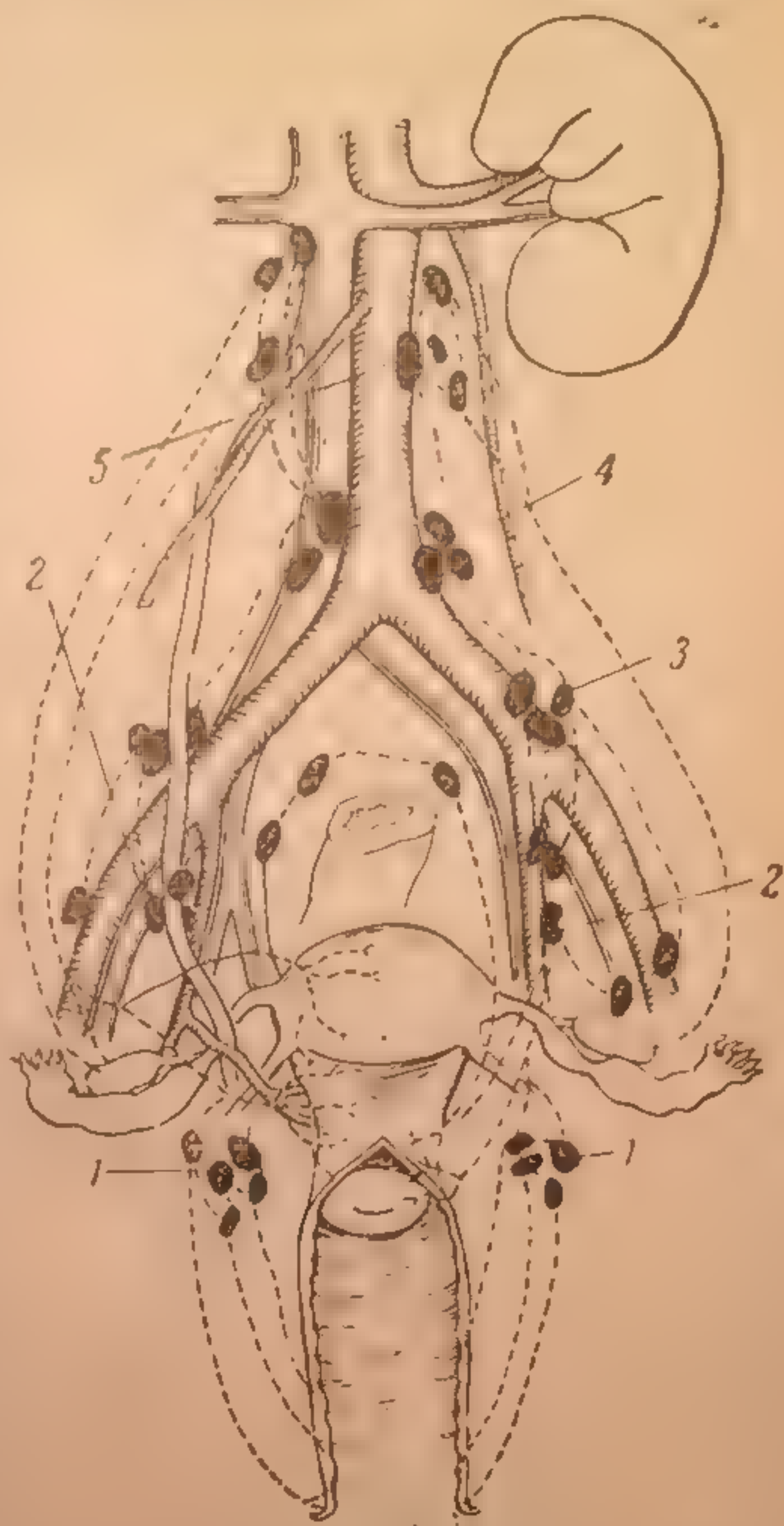


Рис. 14. Лимфатическая система половых органов.

1 — паховые узлы; 2 — подвздошные (нижние) узлы; 3 — подчревные узлы; 4 — подвздошные (верхние) узлы; 5 — поясничные узлы.

ИННЕРВАЦИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Органы малого таза иннервируются обоими отделами вегетативной нервной системы, а именно симпатической и парасимпатической (рис. 15).

Симпатические волокна, иннервирующие органы малого таза, отходят от аортального сплетения (plexus aorticus) и идут вниз к месту раздвоения аорты, где образуют нижнебрыжеечное сплетение, расположенное под одноименной артерией у места ее отхождения от аорты. Это сплетение иннервирует ободочную кишку, сигмовидную и верхнюю часть прямой кишки. В обе

стороны от нижнебрюшечного сплетения идут разветвления по ходу сосудов и образуют по бокам таза на уровне мыса крестца подчревные сплетения — правое и левое (*plexus hypogastricus*). От последних идут веточки к нервному сплетению, расположенному в клетчатке вокруг шейки матки в виде многочисленных, связанных между собой нервных узлов — это маточно-влагалищное сплетение (*plexus utero-vaginalis*).

Сюда подходят и парасимпатические волокна от II, III и IV крестцовых корешков спинного мозга. Выходя из боковых рогов

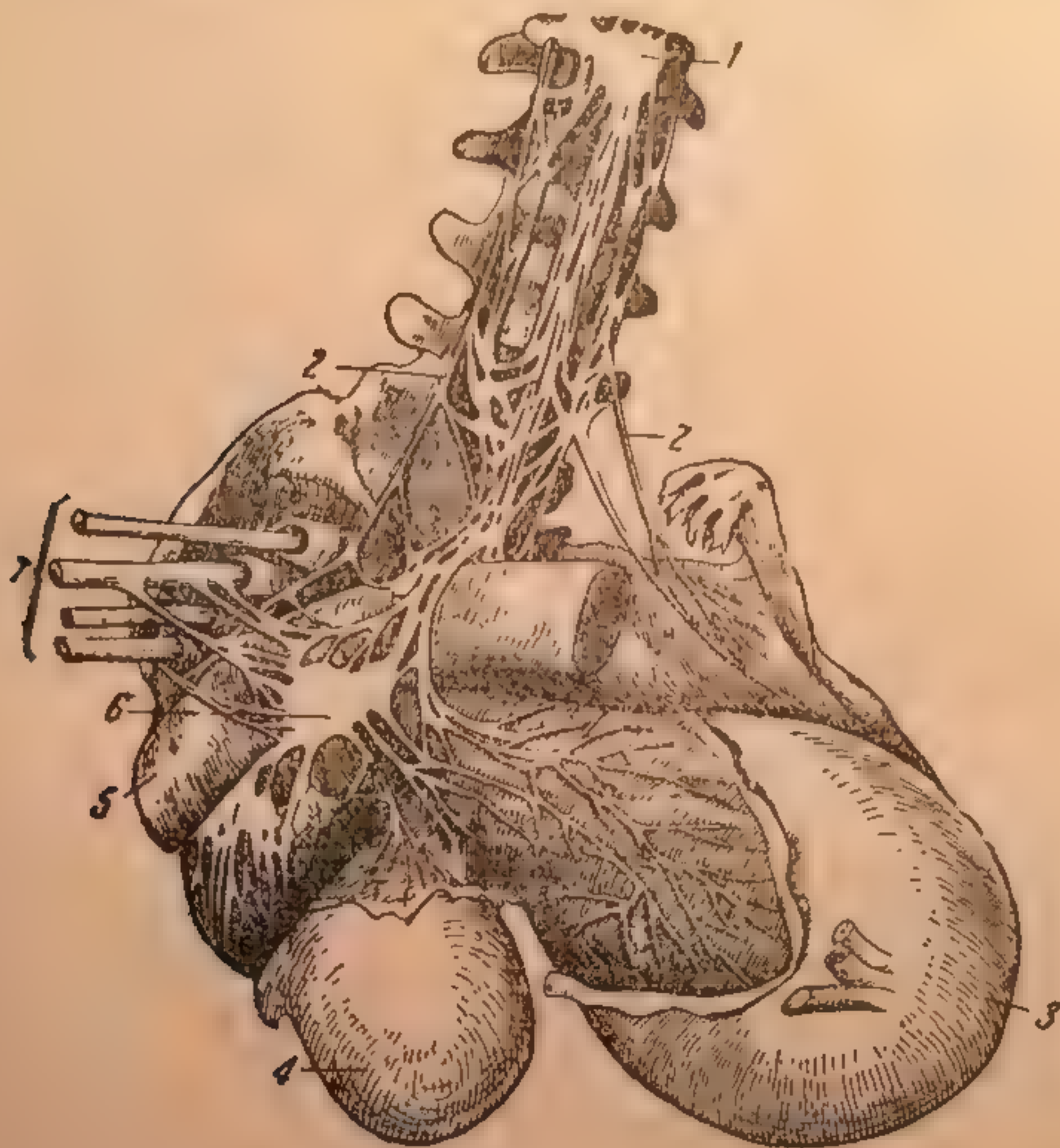


Рис. 15. Иннервация половых органов женщины.
1 — аортальное сплетение; 2 — подчревное сплетение;
3 — матка; 4 — мочевой пузырь; 5 — прямая кишка;
6 — маточно-влагалищное сплетение; 7 — крестцовые
(I—IV) нервы.

спинного мозга, эти волокна образуют тазовые нервы (*nn. pelvici*) и вступают в связь с маточно-влагалищным сплетением.

Таким образом, матка и влагалище получают волокна из маточно-влагалищного сплетения; тело матки получает главным образом симпатическую иннервацию, шейка матки имеет преимущественно парасимпатическую иннервацию через *n. pelvicus*.

Тазовое дно и наружные половые органы иннервируются в основном срамным нервом (*n. pudendus*), отходящим от первого, второго и третьего крестцовых сегментов спинного мозга.

Яичник иннервируется яичниковым сплетением (*plexus ovaricus*), образующимся главным образом ветвями, отходящими от аортального и почечного сплетений.

От яичникового сплетения отходят ветви к маточной трубе и широкой связке матки; оно имеет связь с маточно-влагалищным сплетением.

Исследованиями за последние годы установлено, что в иннервации матки и яичников, наряду с указанными нервами, участвует и солнечное сплетение. Известно, что яичниковое сплетение большим количеством нервных анастомозов тесно связано с солнечным сплетением.

Иннервацию женского полового аппарата впервые стали подробно изучать русские ученые акушеры-гинекологи профессор Киевского университета Г. Е. Рейн и профессор Варшавского университета Н. В. Ястребов. Николай Васильевич Ястребов является одним из первых русских ученых, указавших на значение нервной системы и, в частности, центральной нервной системы в регуляции всех функций половых органов как в небеременном состоянии, так и во время беременности и родов.

Работами великого физиолога И. П. Павлова и его школы (К. М. Быков и др.) установлено, что внутренняя среда организма, как и внешняя окружающая его среда, непрерывно посылает сигналы в центральную нервную систему, в кору головного мозга, создавая специализированную информацию о процессах, совершающихся во внутренних органах. Эти сигналы отражаются в определенных состояниях нервных клеток коры больших полушарий, влияют на функциональное состояние головного мозга, отражая в его деятельности все многообразие работы внутренних органов. Взаимная связь как органов и тканей организма, так и организма с внешней средой осуществляется через нервную систему.

Организм человека воспринимает раздражения, идущие из внешнего мира, через так называемые экстерорецепторы (глаз, ухо, нервные окончания в коже). Помимо экстерорецептивных связей, существуют и интерорецептивные связи: интерорецепторы предназначены для восприятия различных механических, термических и других видов раздражений из внутренних органов.

Нет ни одного органа, деятельность которого не была бы теснейшим образом связана с функцией коры головного мозга, деятельность которого не направлялась, не контролировалась и не регулировалась бы корой, как при нормально физиологическом, так и при патологическом состоянии организма. Единство функциональных взаимоотношений коры больших полушарий и внутренних органов обуславливает гармоничную, полноценную деятельность органов и систем целостного организма.

Совместными работами советских акушеров с физиологами доказано, что в органах половой сферы, в матке и яичниках имеются интерорецепторы, при раздражении которых возникают рефлекс, свидетельствующие о наличии нервных связей матки и яичников с корой головного мозга.

Так, К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко (1939), захватывая шейку матки женщины пулевыми щипцами, растягивая ее и нанося тем самым раз-

дражение матке и маточным связкам, установили изменения чувствительности палочкового аппарата глаза; ими было доказано наличие в матке баро-, механо- и других рецепторов.

Э. Ш. Айрапетьянц и Е. Ф. Крыжановская (1947) доказали существование хеморецепторов в сосудах матки животных.

В. М. Лотис обнаруживала наличие в матке терморцепторов. В своих работах на собаках с фистулой матки и слюнных желез она доказала возможность образования условных рефлексов с матки.

Вязьменская, Гамбашидзе отметили существование термо- и хеморецепторов в яичниках.

Эти и другие работы, проведенные в Советском Союзе за последние годы, доказали наличие в органах половой сферы интерорецепторов.

На основании сказанного становится очевидным, что нельзя изолированно рассматривать деятельность какого-либо органа и судить об его функции без учета его связей с другими органами и организмом в целом, без учета регулирующей роли коры головного мозга.

Взаимосвязь психических моментов и функций женского полового аппарата была уже давно отмечена русскими врачами-акушерами (И. П. Лазаревич, Н. Ф. Толочников и др.).

Это показывают и наши повседневные клинические наблюдения. Таковы, например, случаи расстройства менструации вплоть до отсутствия ее, наступающие в результате психической травмы; наступление преждевременных родов под влиянием различных психических потрясений; влияние психических моментов на течение родов, на характер схваток и т. д.

О состоянии и функции органов половой сферы, как и любого другого органа, надо судить, лишь учитывая связи последних со всем организмом; недопустимо думать, что может быть изолированное заболевание какого-либо из половых органов вне связи и зависимости его от состояния всего организма. Только представление организма целостным, где ткани и органы являются частью целого, позволяет правильно понимать сущность физиологических и патологических процессов в организме.

КРАТКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Развитие матки и влагалища. У зародыша, начиная уже со второго месяца внутриутробного развития, по обе стороны позвоночника имеются два продолговатых тела, верхушки которых лежат за сердцем зародыша; это так называемые первичные почки. Как показывает название, первичные почки являются выделительными органами зародыша. Выводными протоками этих органов являются вольфовы каналы, которые впадают в так называемую мочеполовую пазуху, из которой в будущем образуются наружные половые органы.

Бок о бок с вольфовыми каналами расположены в виде двух параллельных канальцев так называемые мюллеровы ходы. Первоначально мюллеровы ходы бывают сплошными, а затем в них появляются просветы, и ходы превращаются из тяжей в трубки, выстланные внутри однослойным эпителием. Верхними концами эти трубки свободно открываются в брюшную полость, а нижними, как и вольфовы каналы, впадают в мочеполовую пазуху.

Вначале правый и левый мюллеровы ходы лежат совершенно отдельно. В конце второго, в начале третьего месяца зародышевой жизни начи-

нается слияние на границе средней и нижней трети мюллеровых ходов; в этом месте в будущем развивается шейка матки. В дальнейшем мюллеровы ходы сливаются как вверху, так и внизу; верхняя часть образует матку, а нижняя — влагалище.

Слияние верхних отделов мюллеровых ходов не доходит до конца, и они остаются обособленными, превращаясь в дальнейшем в маточные трубы.

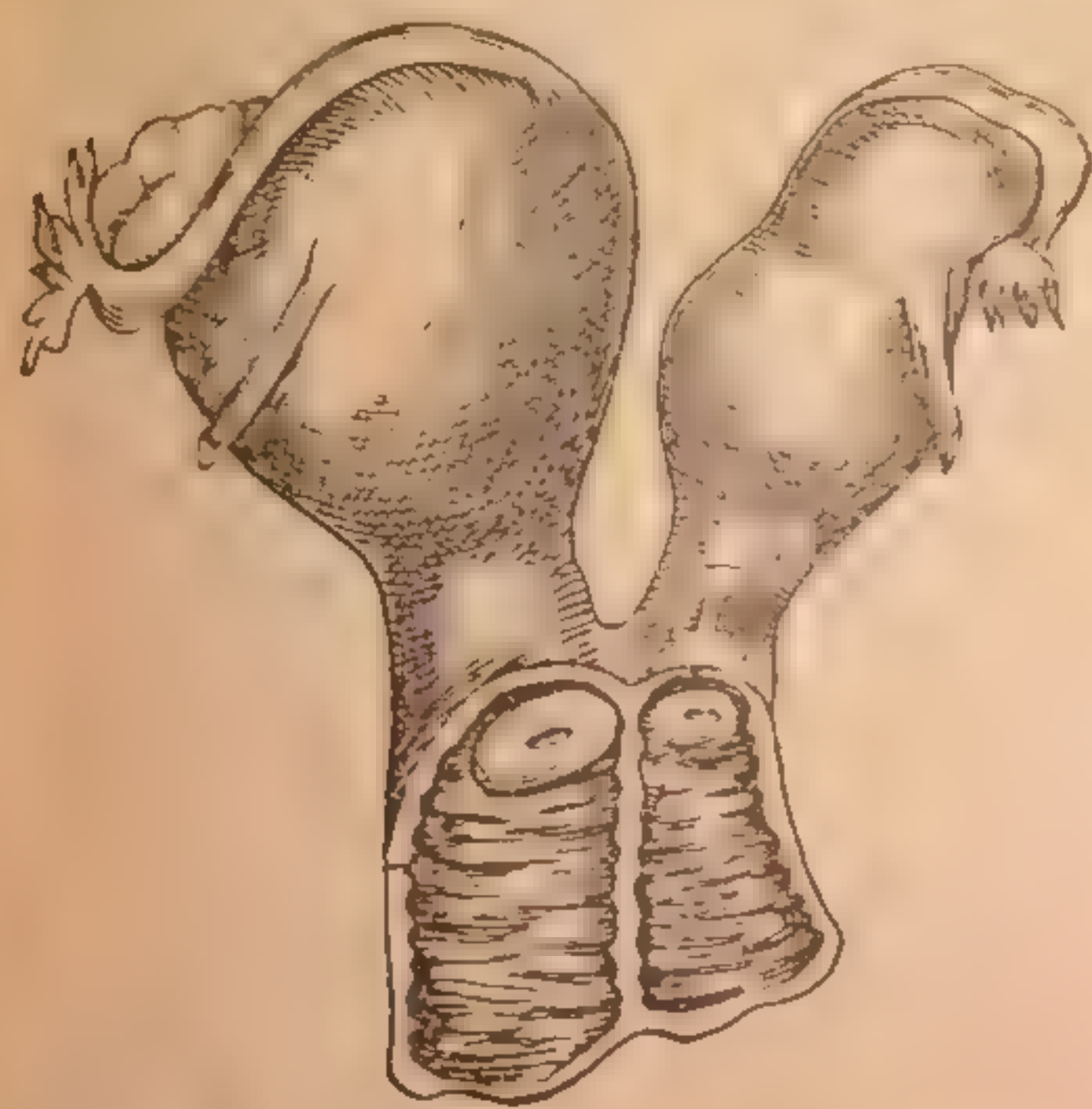


Рис. 16. Двойная матка с влагалищем, разделенным перегородкой.



Рис. 17. Двурогая, двуполостная матка.

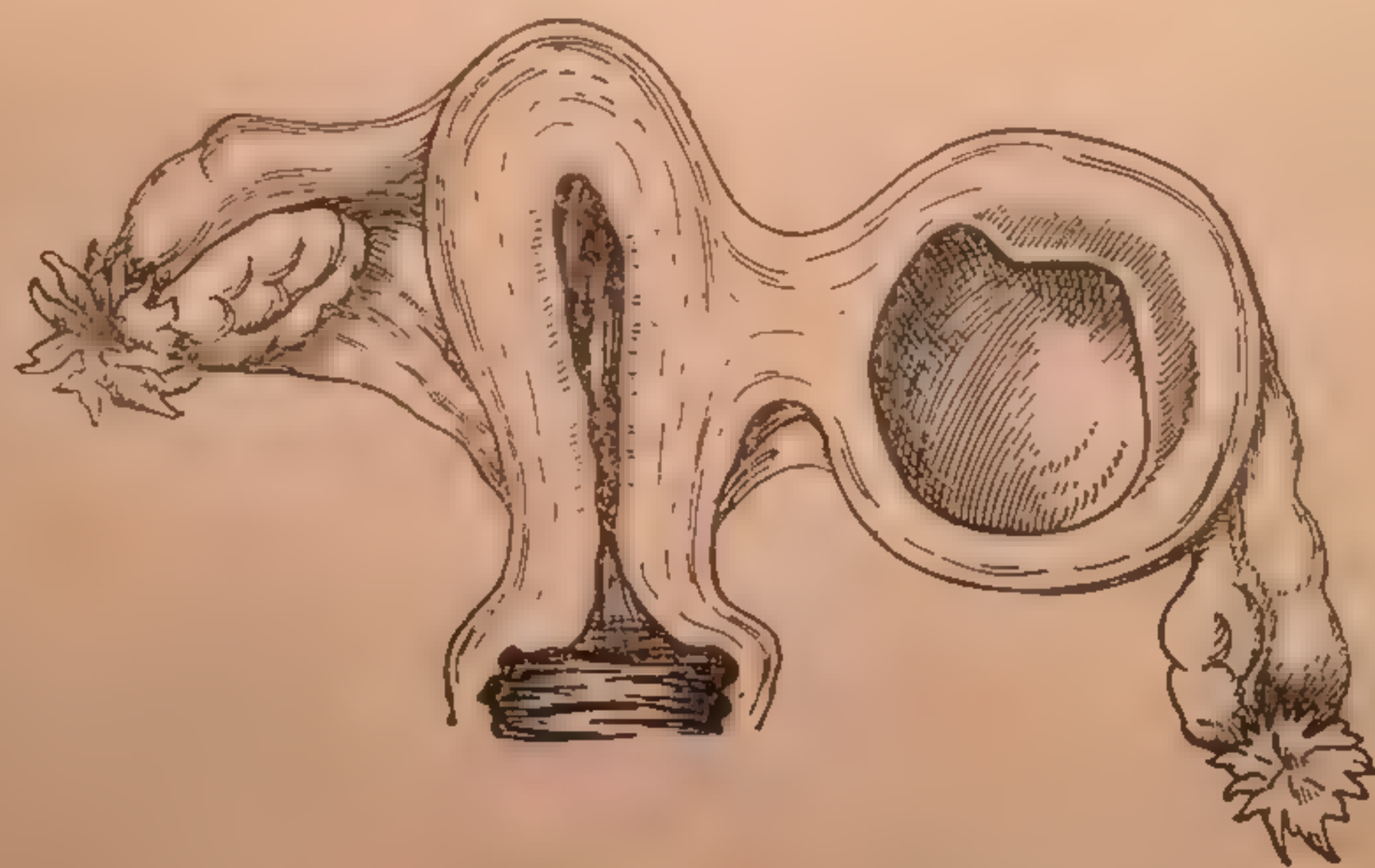


Рис. 18. Матка с рудиментарным рогом.

Если по какой-либо причине описанного слияния в зародышевый период не произойдет, то каждый мюллеров ход будет развиваться самостоятельно и могут образоваться два влагалища, две матки так же, как имеются две маточные трубы, причем каждая такая матка будет иметь по одной трубе (рис. 16).

Если в нижнем отделе мюллеровы ходы слились, а выше слияния не произошло, то могут образоваться при одном влагалище две матки. Возможны и такие случаи, когда мюллеровы ходы срастаются, но между ними частично или полностью сохраняется перегородка, тогда образуется двурогая, двуполостная матка (рис. 17).

Если один из мюллеровых ходов развивается слабее, то при слиянии может получиться несимметричная матка — развитая в одной половине и недоразвитая в другой. Возможны случаи отсутствия влагалища, образования недоразвитого рога матки и некоторые другие неправильности развития.

Наличие рудиментарного (зачаточного) рога матки представляет для нас особенный интерес. Если в нем (рис. 18) развивается попавшее сюда оплодотворенное яйцо (а это вполне возможно, так как от рога отходит труба), то при дальнейшем росте яйца рог растягивается, его стенки истончаются, и он может разорваться (см. рис. 221). Возможны и другие варианты недоразвития матки и влагалища.

Наружные половые органы зародыша развиваются частью из кожных покровов нижнего конца туловища, частью из упомянутой выше мочеполо-

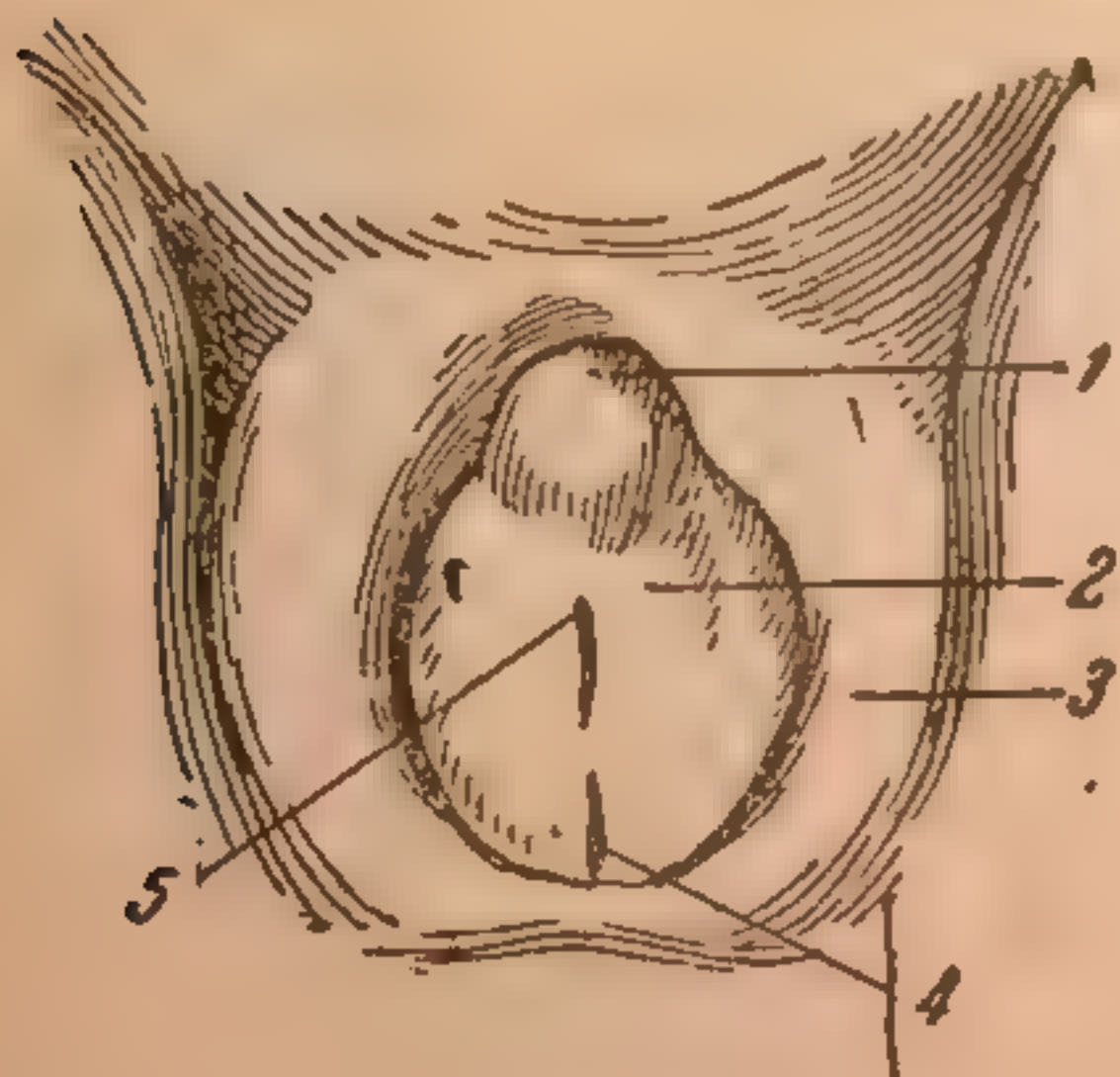


Рис. 19. Наружные половые части человеческого зародыша.

1 — половой бугорок; 2 — половая складка; 3 — половой валик; 4 — заднепроходное отверстие клоачной щели; 5 — мочеполовое отверстие клоачной щели.

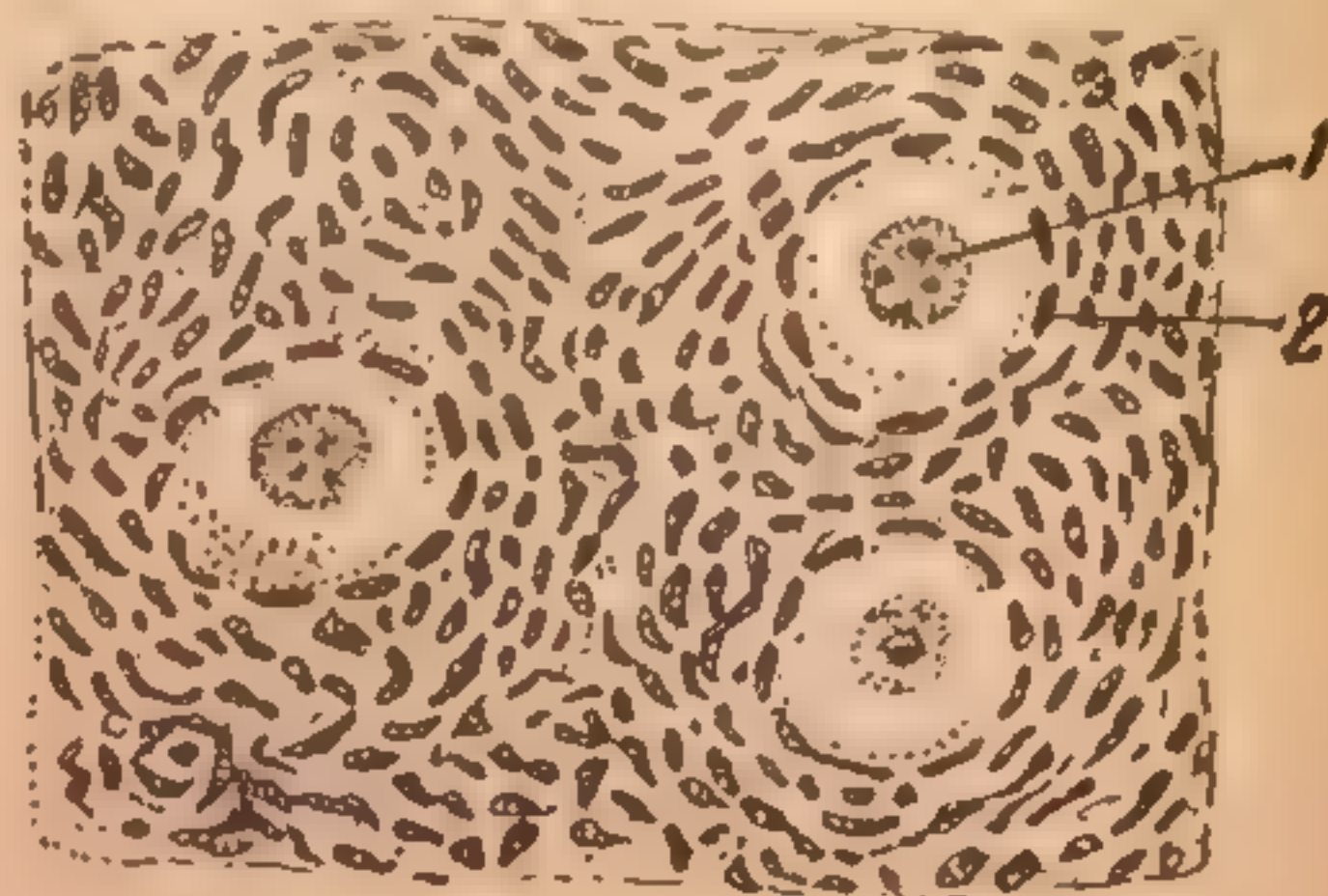


Рис. 20. Примордиальные фолликулы в корковом слое яичника новорожденной.

1 — яйцевая клетка; 2 — яйцевой эпителий.

вой пазухи. Мочеполовая пазуха представляет собой нижний отдел имеющейся у плода первичной кишки. В переднем участке мочеполовой пазухи образуется возвышение — половой бугорок (рис. 19), вокруг бугорка выпячивание принимает вид кругового валика — это половой валик, кнутри от него образуются половые складки.

До конца третьего месяца зародышевой жизни наружные половые части у зародышей мужского и женского пола почти одинаковы. С третьего месяца они начинают различаться. У зародышей женского пола половой бугорок постепенно превращается в клитор, из полового валика образуются большие половые губы, а из половых складок — малые половые губы. Остальная часть мочеполовой пазухи в этот период превращается в преддверие влагалища, а вокруг того места, где слившиеся мюллеровы ходы образовали влагалище, выступает складка девственной плевы.

Из мочеполовой пазухи образуется в дальнейшем мочеиспускательный канал и мочевой пузырь.

Яичники развиваются из передних отделов первичных почек, где уже очень рано становятся заметными так называемые складки. Эти участки покрыты зародышевым эпителием. Среди клеток зародышевого эпителия появляются первичные половые клетки. Разрастающийся зародышевый эпителий врастает в толщу складок, образуя трубочки, которые в дальнейшем отделяются и становятся обособленными. В каждой такой трубочке имеется половая клетка, а вокруг нее в один слой располагаются остальные клетки эпителия. Эта центральная клетка называется яйцевой, а остальные — клетками яйцевого эпителия; все образование в целом называется гермичным, или примордиальным, фолликулом (рис. 20). В яичнике зародыша образуется колоссальное количество таких примордиальных фолликулов (несколько сотен тысяч).

Благодаря натяжению связок, соединяющих первичные почки с паховыми каналами, яичники с третьего месяца зародышевой жизни начинают опускаться вниз. Вместе с яичниками низводятся и будущие маточные трубы, меняя свое вертикальное положение на горизонтальное; опускается и связанная с маточными трубами брюшина.

Величина яичника с возрастом меняется; у девочек в раннем возрасте яичник отличается сравнительно большими размерами, несколько позже он отстаёт в своем развитии, в детородном периоде величина яичника подвергается значительным колебаниям. С приближением к климактерическому возрасту яичник постепенно уменьшается, одновременно изменяется его жизнедеятельность; с наступлением климактерического периода яичник начинает постепенно сморщиваться и в дальнейшем атрофируется.

Подробное изучение развития женских половых органов было произведено русскими учеными Л. Л. Окинчицем и В. С. Груздевым.

Глава II

ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ОВУЛЯЦИЯ И МЕНСТРУАЦИЯ

Из огромного числа примордиальных фолликулов, имеющих в корковом слое яичника (стр. 31), очень немногие достигают

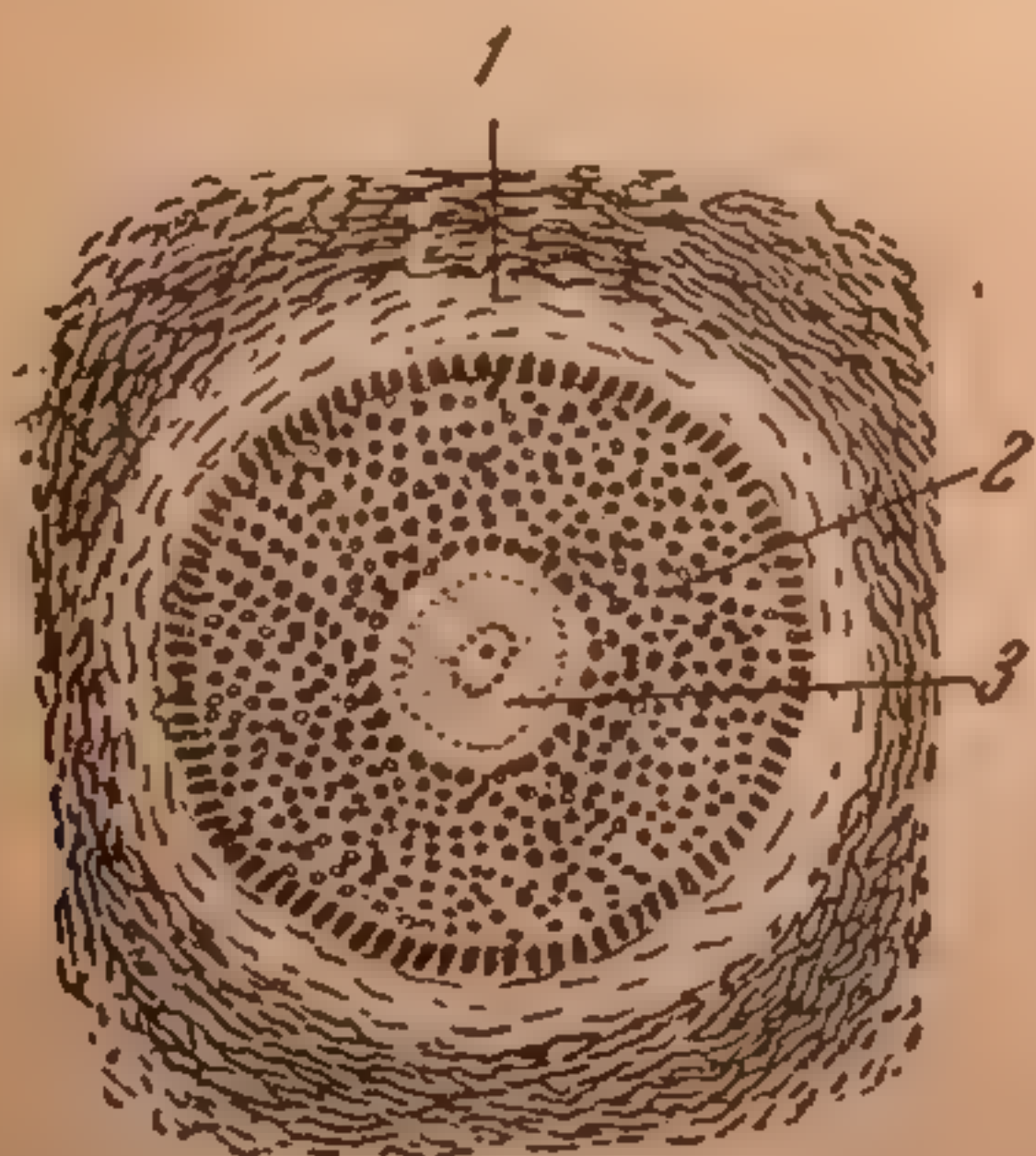


Рис. 21. Фолликул в начальной стадии созревания.

1 — соединительнотканная оболочка фолликула; 2 — зернистые клетки фолликула; 3 — яйцевая клетка.

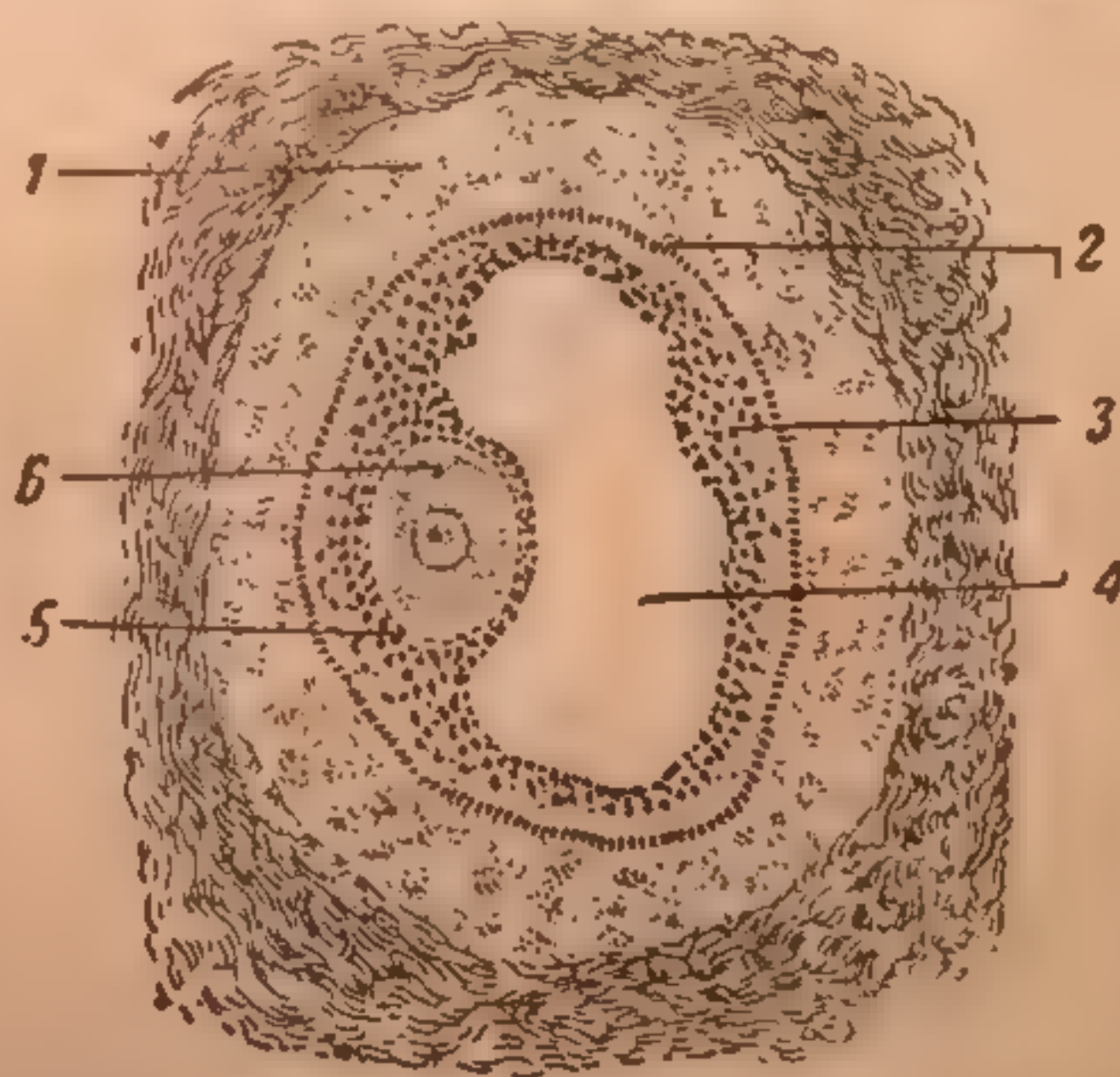


Рис. 22. Фолликул в стадии образования фолликулярной полости.

1 — соединительнотканная (наружная) оболочка; 2 — соединительнотканная (внутренняя) оболочка; 3 — зернистые клетки; 4 — полость фолликула; 5 — яйценосный бугорок; 6 — яйцо.

полной зрелости. Так, например, в яичнике трехлетней девочки насчитывается несколько сотен тысяч примордиальных фолликулов, к 18 годам их сохраняется около 40 000, а полностью созревают в течение всей жизни женщины лишь 400—450 фолликулов.

Большая часть примордиальных фолликулов подвергается обратному развитию, при этом происходит дегенерация яйцевой клетки и фолликулярного эпителия. Этот процесс называется физиологической атрофией фолликула.

Другая, очень большая часть фолликулов, что впервые доказал К. Ф. Славянский, начав развиваться, прекращает свой дальнейший рост на различных стадиях созревания. При этом клетки фолликулярного эпителия подвергаются жировому или вакуольному перерождению, яйцевая клетка гибнет, жидкость фолликула всасывается; фолликул запустевает, стенки его спадаются и прорастают соединительной тканью. Этот процесс называется физиологической атрезией фолликула.

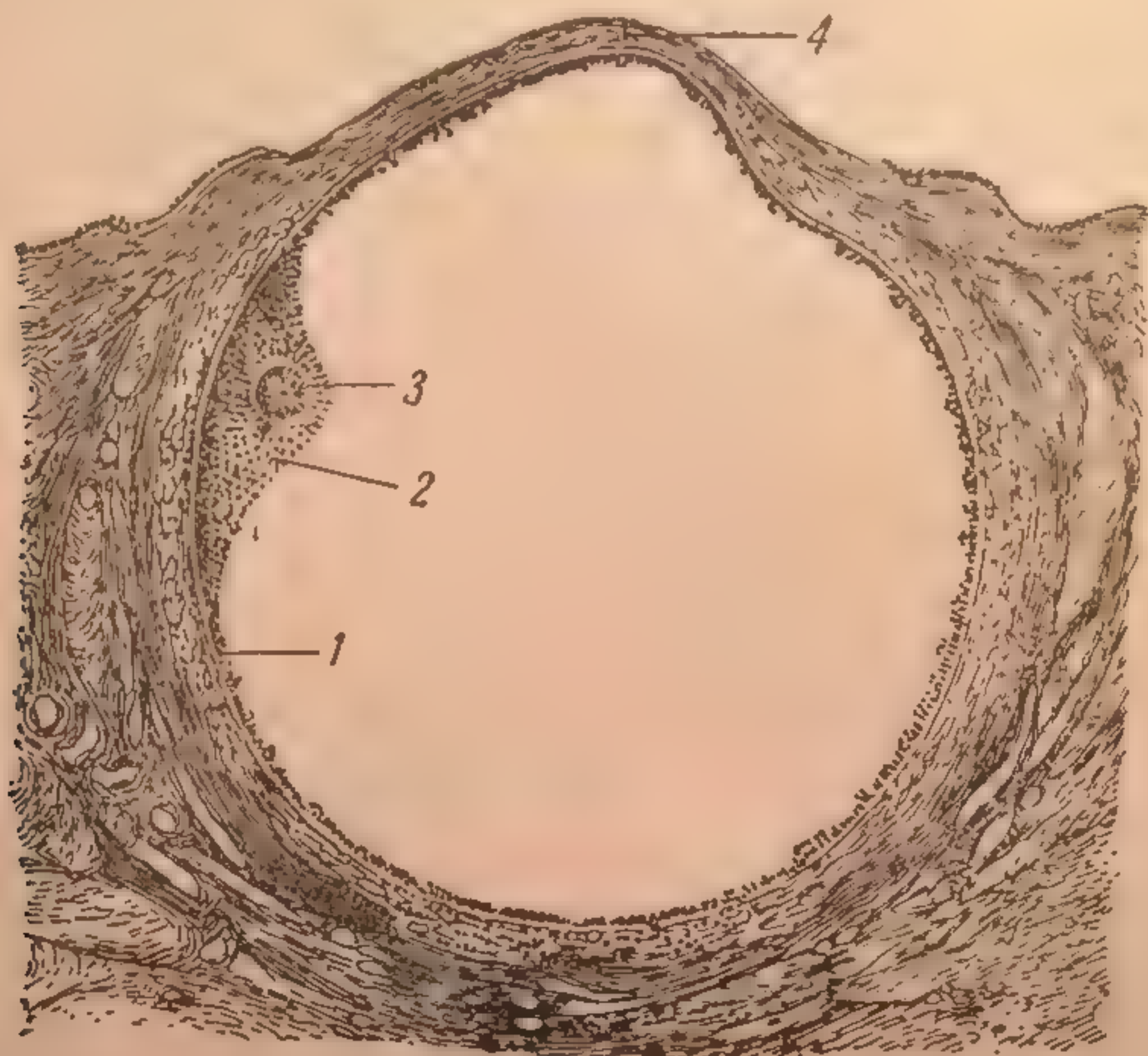


Рис. 23. Созревший граафов пузырек перед разрывом его.

1 — зернистые клетки фолликулярного эпителия; 2 — яйценосный бугорок; 3 — яйцевая клетка; 4 — истонченный яичниковый эпителий — место будущего разрыва фолликула.

Вся масса атрофированных и атрезированных фолликулов включается в соединительнотканную строму яичника.

Славянский Кронид Федорович (1847—1898) — выдающийся русский акушер-гинеколог, ученик А. Я. Красовского. Его диссертация «К нормальной и патологической гистологии граафова пузырька человека» является и до сих пор капитальным трудом по этому вопросу. В течение ряда лет Славянский был профессором акушерской клиники Медико-хирургической академии в Петербурге.

Крупный ученый, он написал свыше 50 научных работ; талантливый педагог; его учениками были такие крупные впоследствии ученые, как профессора Н. Н. Феноменов, Д. О. Отт, И. Н. Грамматикати.

Созревание фолликула. Рост и развитие фолликула начинаются с усиленного размножения клеток фолликулярного эпителия в окружности яйца. Клетки фолликулярного эпителия, размножаясь, превращаются в так называемые зернистые клетки.

которыми заполняется весь фолликул в начальных стадиях его созревания (рис. 21).

Затем среди зернистых клеток, расположенных ближе к центру, образуется полость (рис. 22). Продуцируемая зернистыми клетками фолликулярная жидкость заполняет эту полость и постепенно растягивает фолликул. Зернистые клетки оттесняются к периферии фолликула и располагаются тонким слоем (рис. 23), образуя зернистую оболочку фолликула (*membrana granulosa*).

В одном месте фолликула сохраняется значительное скопление зернистых клеток в виде бугорка, ближе к вершине которого лежит яйцевая клетка. Этот бугорок называется яйценосным бугорком. Клетки зернистой оболочки, непосредственно окружающие яйцо, образуют лучистый венец яйца (*corona radiata*). Строма яичника, окружающая фолликул, образует вокруг последнего соединительнотканную оболочку (*theca folliculi*), в которой различают два слоя: наружный (*theca folliculi externa*) и внутренний (*theca folliculi interna*). Такой фолликул называют графовым фолликулом (рис. 23).

Начинающееся развитие примордиальных фолликулов наблюдается и в ранние детские годы, но, как уже указывалось, огромное большинство этих фолликулов гибнет, не достигая полного развития. При этом гибнет яйцевая клетка и клетки фолликулярного эпителия; фолликулярная жидкость постепенно всасывается, а фолликул запустевает — атрезировается (стр. 42). Фолликулярная жидкость обладает гормональными свойствами и, всасываясь, оказывает влияние на развитие женского организма.

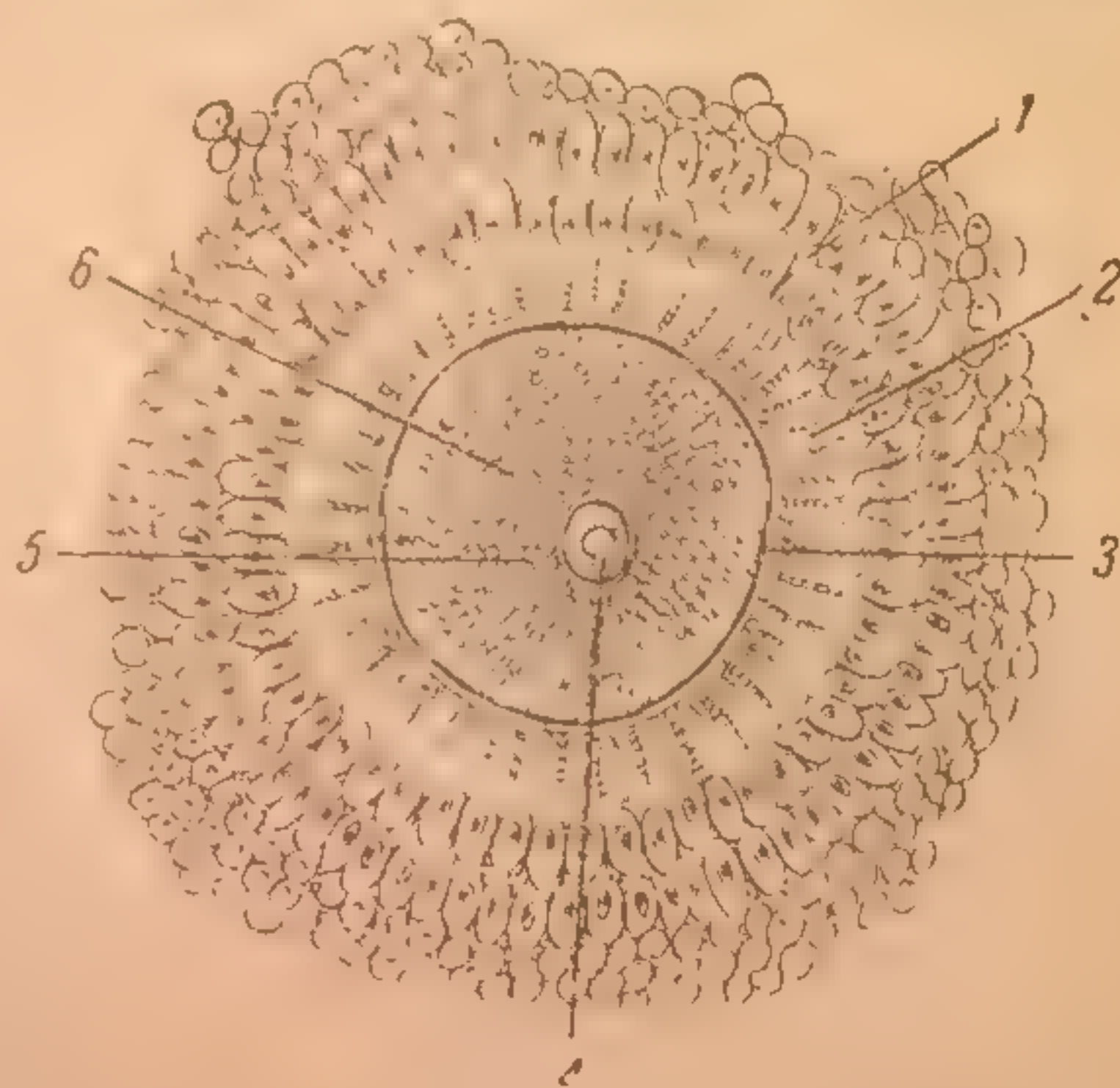


Рис. 24. Зрелая яйцевая клетка женщины.

1 — клетки лучистого венца; 2 и 3 — zona pellucida; 4 — зародышевый пузырек; 5 и 6 — протоплазма яйцевой клетки.

Овуляция

С наступлением половой зрелости, примерно с 13—15 лет, графовы фолликулы начинают достигать полного развития.

При созревании графова фолликула значительному изменению подвергается яйцевая клетка. Она увеличивается, в ее протоплазме откладывается большое количество питательных веществ; клетка покрывается прозрачной оболочкой (*zona pellucida*) (рис. 24). Яйцеклетка подвергается делению и становится способной к оплодотворению и дальнейшему развитию. По мере

созревания граафов фолликул приближается к периферии яичника.

Приблизительно через каждые четыре недели (28 дней) завершается полное созревание одного граафова фолликула; такой фолликул выпячивается в виде вишни над поверхностью яичника; последняя истончается в наиболее выдающемся месте, называемом стигмой; истончение достигает максимума, и фолликул разрывается. Находящаяся в граафовом фолликуле яйцевая клетка вместе с окружающими ее клетками лучистого венца увлекается фолликулярной жидкостью в брюшную полость. Этот процесс носит название овуляции. Яйцевая клетка с током

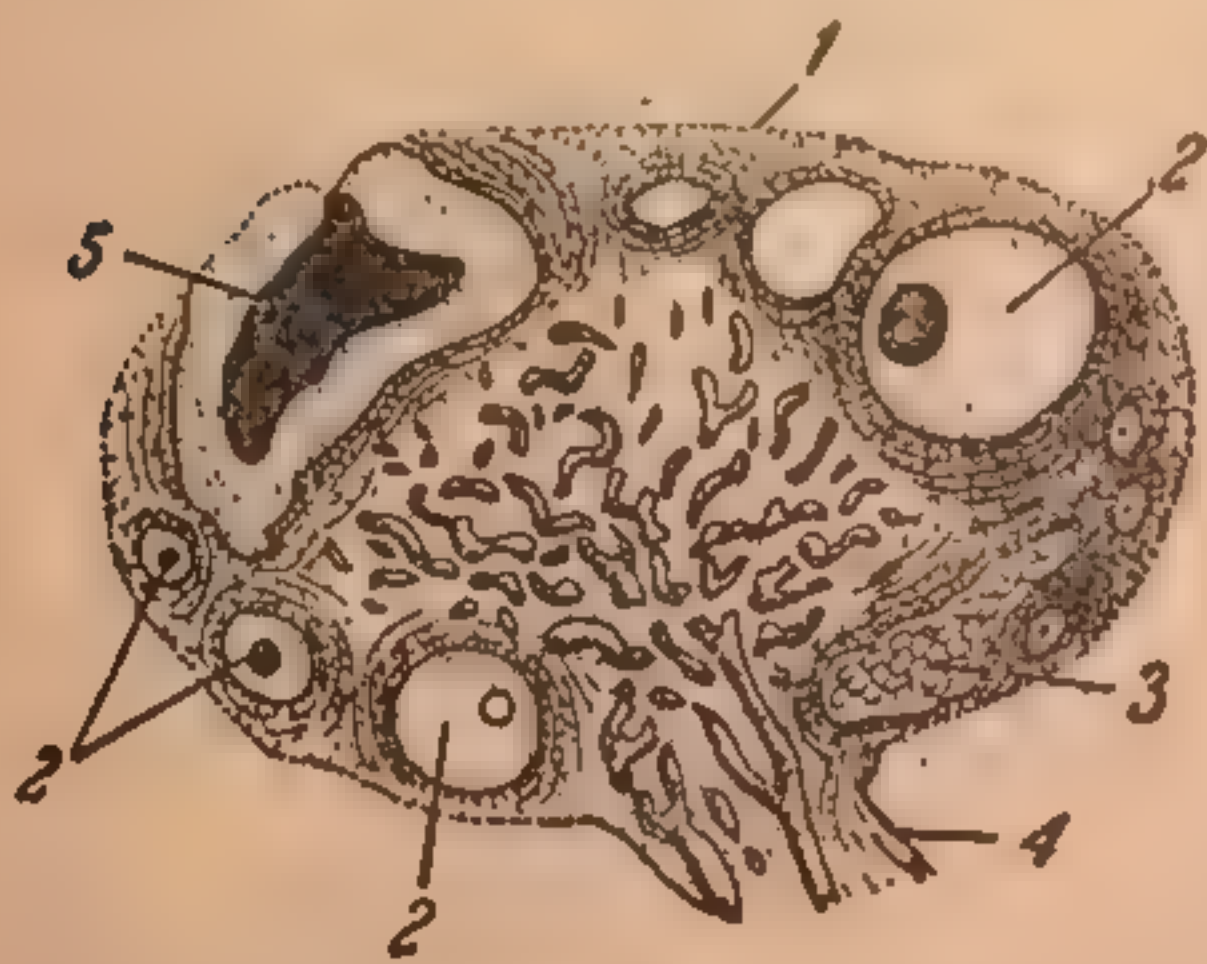


Рис. 25. Яичник взрослой женщины в разрезе (схема).

1 — яичниковый эпителий; 2 — фолликулы в различных стадиях созревания; 3 — «рубец» на месте бывшего желтого тела (corpus albicans); 4 — ворота яичника; 5 — желтое тело (corpus luteum).

жидкости как бы «захватывается» колебаниями бахромок маточной трубы и направляется в канал трубы.

Оставшаяся полость лопнувшего фолликула с периферическим слоем зернистых клеток спадается. Вскоре зернистые клетки, оставшиеся в лопнувшем фолликуле, начинают размножаться и увеличиваться в размерах; среди них появляются лютеиновые клетки, вырабатывающие красящее вещество — лютеин, почему лопнувший фолликул окрашивается в желтый цвет. На месте лопнувшего фолликула образуется желтое тело (corpus luteum) (рис. 25). По своей функции желтое тело представляет железу внутренней секреции; выра-

батываемый им гормон (лютеогормон, прогестерон) оказывает влияние на весь организм женщины.

Дальнейшая жизнедеятельность желтого тела находится в зависимости от состояния яйцевой клетки. Если вышедшая из фолликула яйцевая клетка на пути ее перемещения оплодотворится, то желтое тело разрастается и, достигнув полного расцвета, продолжает существовать и функционировать в течение всей первой половины беременности, нося название желтого тела беременности. Со второй половины беременности оно постепенно отмирает, и на его месте остается заметный стойкий рубец (corpus albicans).

Желтое тело, если яйцевая клетка не оплодотворится, носит название желтого тела менструации. Оно достигает наибольшего развития уже на 2-й неделе после того, как произойдет овуляция; затем быстро претерпевает ряд изменений и исчезает, оставив след в виде небольшого соединительнотканного рубчика на поверхности яичника.

С прекращением жизнедеятельности желтого тела в яичнике начинает созревать следующий граафов фолликул, снова происходит овуляция (примерно за 12—14 дней до наступления мен-

струации), и вновь образуется желтое тело. Такие чередования, если не произойдет оплодотворения, повторяются примерно каждые 28 дней.

Следует остановиться на описании еще одной железы внутренней секреции, играющей большую роль в оварииально-менструальном цикле, — на гипофизе. В гипофизе различают переднюю и заднюю долю. Каждая из них продуцирует гормоны.

Гонадотропные вещества, т. е. такие, которые оказывают влияние на функции половых органов, вырабатываются клетками передней доли гипофиза. К этим веществам относят гормон, который носит название пролана.

Пролан стимулирует развитие фолликула и созревание яйцеклетки, содействует овуляции и развитию желтого тела.

Клетки задней доли гипофиза вырабатывают гормон — питуитрин (питуинкрин Р). Будучи введен в организм, этот гормон вызывает сокращение мускулатуры полых органов — кишечника, мочевого пузыря, особенно матки в конце беременности.

Как полагают, закономерная цикличность функции половой сферы женщины определяется взаимозависимостью функций передней доли гипофиза и яичника. Считают, что ритм яичникового цикла обусловлен влиянием гормонов передней доли гипофиза, а ритмичность изменений функции гипофиза определяется ритмичностью накопления в организме женщины фолликулярного гормона и гормона желтого тела.

Однако функция гипофиза, как и других желез, находится под постоянным регулирующим воздействием центральной нервной системы.

Гормоны играют в жизни человека весьма существенную роль; изменения в железах внутренней секреции могут вызывать многообразные нарушения в организме. Изменения в эстрогенном или гонадотропном балансе вызывают многочисленные реакции в организме, вовлекают в процесс различные органы и прежде всего органы внутренней секреции, однако функции эндокринных желез всегда регулируются нервной системой. Сочетанная деятельность нервной и гуморальной, как правильно называют нейрогуморальной, регуляции обеспечивает организованность сложных изменений в организме и обуславливает единство и целостность его.

Менструация

Менструацией называют ежемесячное выделение крови из матки.

Обычно овуляция на 12—14 дней предшествует менструации: срок овуляции приблизительно соответствует середине между двумя менструациями.

Средний возраст, когда появляется первая менструация, колеблется между 13 и 15 годами. С этого возраста менструации повторяются до 45—50 лет, прекращаясь лишь во время беремен-

ности и приблизительно у половины женщин во время кормления ребенка грудью.

Нормально менструации, как и овуляции, повторяются через определенные промежутки времени, которые в среднем равняются 4 неделям, или одному лунному месяцу, почему и называются месячными (по-латыни *mensis* — значит месяц).

Время наступления полового созревания и первой менструации может колебаться в зависимости от многих причин, среди которых имеют значение тип нервной деятельности данной женщины, перенесенные заболевания, климатические и социальные условия, условия быта и труда, питание. Условия внешней среды оказывают очень большое влияние на сроки полового созревания.

Правильный характер менструаций устанавливается иногда не сразу. После первой менструации, особенно если она наступает очень рано, менструации могут иногда отсутствовать несколько месяцев и только после этого устанавливаются с правильными промежутками.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ В СВЯЗИ С ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ

До наступления половой зрелости слизистая оболочка матки бывает тонкой и гладкой; в толще ее имеются прямые узкие железы.

С наступлением периода половой зрелости происходят циклические изменения в яичнике, которые сопровождаются характерными изменениями слизистой оболочки полости матки.

С начала созревания фолликула и до момента лопания его, т. е. до овуляции, слизистая оболочка матки постепенно разрастается и становится толще примерно в 4—5 раз; железы ее, вначале вытянутые (рис. 26), вскоре делаются извитыми и расширяются, но еще не выделяют секрета. В течение нескольких дней слизистая оболочка матки утолщается за счет усиленного роста клеток. Эта фаза называется фазой пролиферации.

С момента овуляции и начала жизнедеятельности желтого тела в слизистой оболочке матки происходят более значительные изменения. Железы становятся еще более извитыми, просвет их расширяется, эпителий желез набухает и начинается отделение секрета. Вся слизистая оболочка утолщается, становится рыхлой, отечной; в ней уже можно отчетливо различать поверхностный компактный, глубже расположенный губчатый и самый глубокий базальный слой. Первые два слоя (рис. 26, в и г), как распадающиеся при каждой менструации и вновь образующиеся в межменструальном периоде, называются функциональным слоем. В таком состоянии слизистая оболочка остается примерно в течение двух недель после овуляции; это состояние носит название фазы секретиции (рис. 26). В этой фазе слизистая оболочка готова к восприятию оплодотворенного яйца; это, как говорят,



Рис. 26

ми
пактн

тодэни
оболоч
Кровь
гормо
струа
И
сохра
эпите
З
ны с
матк
же

прегравидарная¹ слизистая оболочка. Если не произойдет оплодотворения яйца, то прекращается развитие желтого тела, прекращается набухание слизистой оболочки матки и начинается грядущая фаза — фаза десквамации (рис. 26). Слизистая оболочка матки к этому моменту значительно утолщается, достигая 7—8 мм вместо обычных 2—3 мм. Стенки капилляров ее функционального слоя разрываются, и начинается кровотечение. Скопляющаяся под эпителием слизистой оболочки кровь образует

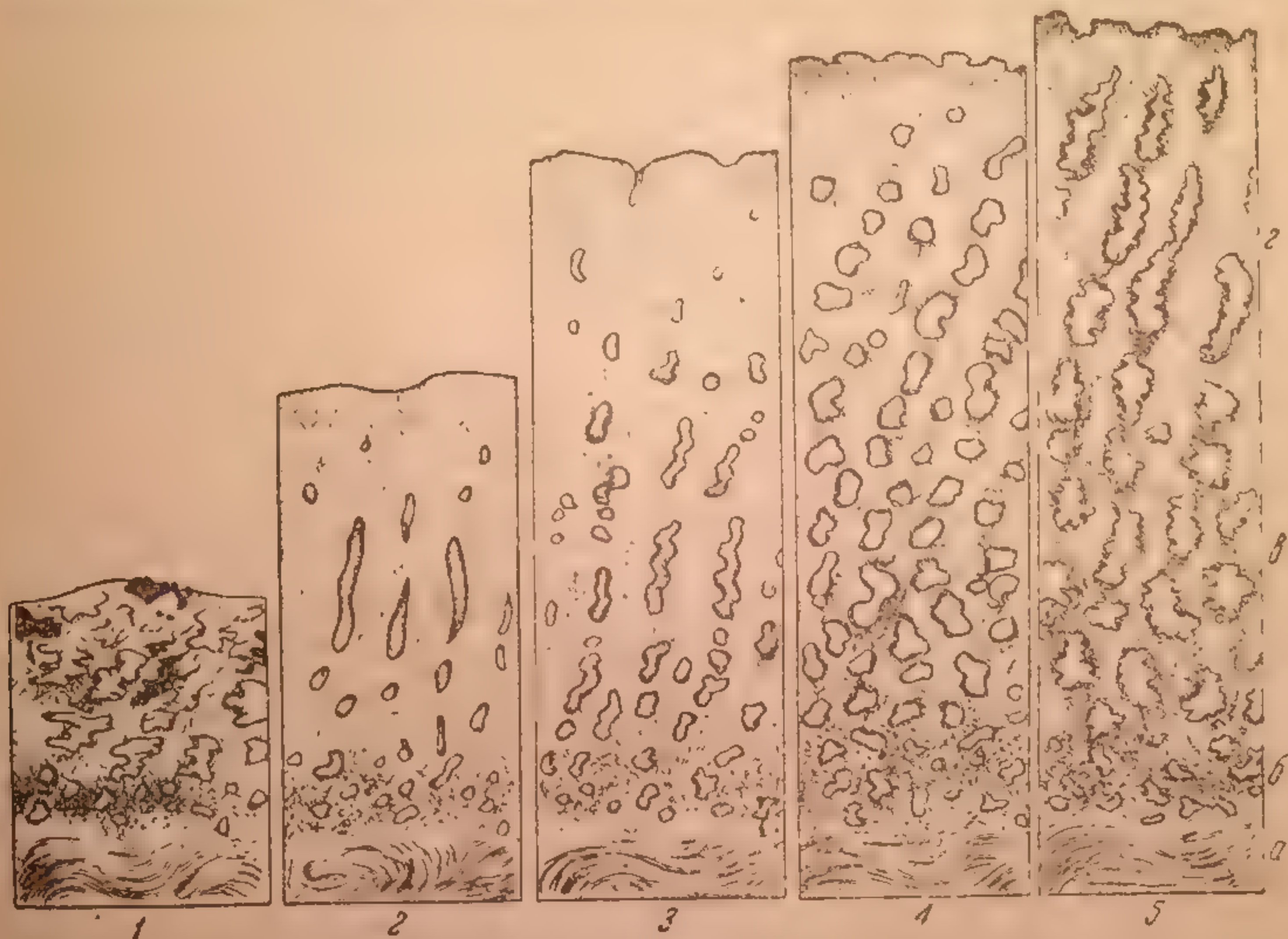


Рис. 26. Слизистая оболочка матки в различные фазы овариально-менструального цикла.

а — мышечный слой; б — базальный слой слизистой; в — губчатый слой; г — компактный слой; 1 — фаза десквамации (конец); 2 и 3 — фаза пролиферации; 4 и 5 — фаза секрета.

подэпителиальные гематомы. Поверхностные слои слизистой оболочки разрушаются, отторгаются и частью расплавляются. Кровь смешивается с секретом желез и вместе с остатками отторгнувшегося эпителия изливается наружу — наступает менструация.

Из остающегося базального слоя слизистой оболочки матки с сохранившимися в нем донными частями желез вновь образуется эпителий, покрывающий всю «раневую» поверхность.

За несколько дней до менструации внутренние половые органы становятся полнокровными, из влагалища выделяется слизь, матка увеличивается в объеме и размягчается, шейка матки тоже несколько размягчается.

¹ Pre — пред, graviditas — беременность.

Менструация длится 3—4 дня; большей частью в первые 2 дня кровотечение бывает более сильным; с каждой менструацией женщина теряет в среднем 100 мл крови. Менструальная кровь отличается от обычной крови более темным цветом, резче выраженной щелочностью, она содержит слизь, имеет своеобразный запах и, главное, не свертывается; в предменструальном и менструальном периоде кровь у женщины обладает пониженной свертываемостью.

Большая щелочность менструальной крови зависит от примеси секрета маточных желез. Запах обуславливается примесью секрета сальных желез наружных половых органов. Менструальная кровь не свертывается, что во многом зависит от поступления в этот период в кровь гормонов желтого тела и веществ, вырабатываемых слизистой оболочкой матки, которые значительно понижают свертываемость крови.

Если менструальная кровь отходит со сгустками или менструация сопровождается болями, это указывает на патологическое состояние, которое связано с общим состоянием организма женщины, с теми или иными отклонениями в половой сфере, как, например, заболевание нервных узлов тазового сплетения, неправильное положение матки, длинный и узкий канал шейки, заболевания матки, нарушение функции яичников.

Спустя 2—3 дня от начала менструации, кровянистые выделения постепенно становятся бледнее и затем совершенно прекращаются — начинается фаза послеменструального восстановления слизистой оболочки матки: эпителий слизистой оболочки восстанавливается, отек стромы исчезает, толщина слизистой оболочки уменьшается (рис. 26).

С этого момента снова начинается описанный цикл изменений слизистой оболочки матки, неразрывно связанный с созреванием яйцевой клетки. Изменения эти настолько характерны, что по гистологической картине соскоба слизистой оболочки матки можно судить, в какой момент межменструального периода или через сколько примерно дней после менструации был получен исследуемый соскоб.

В последнее время установлены изменения и в эпителии слизистой оболочки влагалища, связанные с циклическими изменениями, происходящими в яичнике и в матке, т. е. установлено существование влагалищного цикла. Определенной фазе овариально-менструального цикла соответствует своеобразная картина строения клеток «влагалищного мазка». Исследование влагалищного мазка (цитологическая картина) позволяет установить функциональное состояние яичников, фазу овариально-менструального цикла, гормональные нарушения, наличие беременности.

Описанные циклические (периодические) изменения в гипофизе, в яичнике и матке и связанные с ними изменения в других железах внутренней секреции, а равно и во всем организме женщины объединяются общим понятием — овариально-менструальный цикл.

Большое значение в овариально-менструальном цикле имеет внутрисекреторная функция яичников. Исследования в этом направлении показали, что клетки фолликулярного эпителия вырабатывают гормон фолликулин, который содержится и в оболочке созревающего фолликула, и в фолликулярной жидкости. Фолликулин способствует росту мускулатуры матки и разрастанию в ней эндометрия.

Желтое тело вырабатывает гормон прогестерон, который влияет на овариально-менструальный цикл, способствуя подготовке эндометрия к фазе секреции, а во время беременности задерживает созревание фолликула, понижает возбудимость мускулатуры матки, чем способствует укреплению плодного яйца в слизистой оболочке матки, растяжению стенок матки, сохранению и развитию беременности.

Сама по себе ежемесячная кровопотеря является лишь наиболее заметным внешним проявлением сложных процессов, совершающихся в этом периоде во всем организме женщины.

Изменения в яичнике (созревание яйца, функции желтого тела как железы внутренней секреции) оказывают влияние не только на половую сферу женщины, но, и это прежде всего, на нервную, эндокринную систему, на весь организм в целом.

Незадолго до менструации набухают молочные железы, соски становятся напряженными, иногда в них появляются тянущие боли; из молочных желез иногда появляется отделяемое, похожее на молозиво.

Перед менструацией и во время нее у некоторых женщин появляются так называемые менструальные сыпи — герпетические высыпания на лице, чаще на губах, на подбородке. Со стороны нервной системы отмечается повышенная раздражительность, вспыльчивость, особенно у женщин с неустойчивой нервной системой. В предменструальном периоде наблюдается иногда некоторое повышение температуры тела, учащение пульса, повышенное половое влечение.

У некоторых женщин во время менструации усиливается слюноотделение, появляются желудочно-кишечные расстройства — изжога, тошнота, иногда запоры. Нервные импульсы, поступающие в этом периоде с рецепторов матки, оказывают большое влияние на общее состояние организма женщины.

Перечислить изменения в организме женщины, связанные с менструацией, чрезвычайно трудно, так как они весьма индивидуальны. В здоровом женском организме все эти изменения протекают без резких отклонений от обычного состояния.

Овариально-менструальный цикл является отражением функционального состояния всего организма женщины. Гармоническая связь, существующая между центральной нервной системой и внутренними органами, в том числе и половыми, определяет нормальную ритмическую деятельность гипофиза, яичников и матки и как проявление этой взаимосвязи — нормальное течение ова-

риально-менструального цикла. Изменения функции коры головного мозга при перевозбуждении ее или, наоборот, торможении под влиянием факторов внешней среды или импульсов, идущих из внутренних органов при патологических изменениях в таковых, могут привести к нарушению оварально-менструального цикла вплоть до полного прекращения менструации на различные сроки. Таковы, например, маточные кровотечения при внезапных психических переживаниях или, наоборот, аменоррея после тяжелых психических переживаний, аменоррея военного времени, аменоррея при дистрофии.

ГИГИЕНА МЕНСТРУАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Первая менструация у девочек считается признаком наступления половой зрелости. С этого момента, наряду с быстрым ростом и развитием половых органов, начинают заметно выявляться так называемые вторичные половые признаки — отложение жира в подкожной клетчатке лобка, который начинает заметно возвышаться (*mons Veneris*); появляются волосы на лобке с характерным для женщины ростом (стр. 16); в подкожной клетчатке ягодиц и бедер также отмечается усиленное отложение жира — контуры тела округляются; увеличиваются и округляются молочные железы, соски начинают возвышаться над поверхностью железы, в околососковых кружках отлагается пигмент, и они немного темнеют; костный таз начинает раздаваться в ширину; меняется тембр голоса. Наступление половой зрелости сказывается на характере и психике подростка.

Указанная перестройка в организме девочки требует затраты большой энергии: в этом периоде отмечается быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, у подростка появляется большая потребность в отдыхе.

Менструация — нормальное состояние женского организма; однако явления, связанные с менструацией, свидетельствуют, что в этом периоде организм женщины находится в состоянии большого напряжения. Для нормального течения менструации необходима функциональная полноценность центральной нервной системы; при этом условия поступающие в центральную нервную систему раздражения не отражаются резко на самочувствии женщины.

Во время менструации необходимы некоторые специальные гигиенические мероприятия. Менструальная кровь должна стекать свободно. Застаивание и высыхание крови на наружных половых органах ведут к образованию кровяных корок и загрязнению кожи. Во время менструации необходимо не менее двух раз в день чистыми руками обмывать наружные половые органы теплой кипяченой водой. На производствах с большим количеством женщин для указанной цели оборудованы гигиенические комнаты. Принимать ванну во время менструации не следует.

Нельзя также применять спринцеваний не только во время менструаций, но и спустя несколько дней после их окончания. Не должны иметь место в это время половые сношения.

Во время менструации следует носить закрытые панталоны и пользоваться гигиеническими марлевыми прокладками, которые подвязывают к поясу и меняют по мере загрязнения.

В период менструации не следует употреблять в пищу ничего острого, например, перец, горчицу, а равно и спиртные напитки, так как они способствуют усиленному приливу крови к органам брюшной полости, усиливая тем самым менструальное кровотечение. Надо следить за правильной функцией кишечника и регулировать его работу соответствующей диетой. В период менструации необходимо избегать охлаждения тела, резких движений, волнений, утомления, контакта с инфекционными больными.

При нормальном течении менструации женщина может продолжать свою обычную работу, соблюдая указанные выше правила гигиены дома и на производстве. Если менструация сопровождается болями, чрезмерной потерей крови и другими болезненными явлениями, женщине следует обратиться к врачу или акушерке. Первая менструация, как указывалось выше, считается признаком наступления половой зрелости. Однако это не значит, что с этого момента девушка уже окончательно созрела и может начать жить половой жизнью.

Раннее начало половой жизни, ранняя беременность, безусловно, вредны и пагубно отражаются на здоровье девушки.

Женщина достигает полного развития к 20 годам; этот возраст считается наиболее благоприятным для вступления в брак и для первой беременности.

Глава III

ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Период, в течение которого в организме женщины развивается оплодотворенное яйцо, называют **беременностью**.

Беременность представляет собой сложный биологический процесс, сопровождающийся многообразными изменениями во всем организме женщины.

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

Оплодотворение происходит в результате слияния мужской семенной нити, сперматозоида, со зрелой женской яйцевой клеткой.

Сперматозоиды — микроскопические нитевидной формы подвижные тельца (впервые обнаружены в семенной жидкости в 1677 г.) (рис. 27). Образуются сперматозоиды в мужских половых железах — в извитых канальцах яичка.

Сперматозоид состоит из головки, шейки и хвостика. Головка представляет собой уплотненное ядро половой клетки, а хвостик — вытянутую в тонкую нить протоплазму; шейка сперматозоида состоит также из протоплазмы.

Встречаются, правда, очень редко, сперматозоиды с двумя головками.

Процесс образования сперматозоидов продолжается у мужчин нередко до глубокой старости; описаны случаи, когда нормальные сперматозоиды были найдены у 90-летних стариков.

Благодаря колебательным движениям хвостика сперматозоид обладает способностью передвигаться с довольно большой ско-



Рис. 27. Семенные нити человека (сперматозоиды).

ростью. В благоприятной среде сперматозоид движется с быстротой в среднем 3—3,5 мм в минуту; таким образом, попав во влагалище, сперматозоиды при нормальных условиях в течение 2—3 часов могут проникнуть в маточные трубы.

Сперма. Извергаемая во влагалище при половом сношении семенная жидкость называется спермой, или эякулятом.

Сперма представляет собой смесь отделяемого семенных пузырьков и предстательной железы; в ней содержатся сперматозоиды. Вся эта масса имеет щелочную реакцию; своеобразный запах спермы зависит от запаха секрета предстательной железы. Щелочная реакция спермы способствует сохранению жизнедеятельности сперматозоидов.

В 1 мм³ спермы насчитывается приблизительно до 60 000 сперматозоидов. При каждом половом сношении во влагалище женщины извергается в среднем до 3 см³ спермы, следовательно, около 200 000 000 сперматозоидов.

На жизнедеятельность сперматозоидов оказывает влияние реакция среды — влагалищная слизь, вязкость этой слизи. Сперматозоиды активно движутся только в слабокислой, а еще лучше — в щелочной среде. Нормально влагалищная слизь бывает слабокислой реакции. При половом возбуждении женщины выделяется щелочной реакции секрет бартолиновых желез (стр. 17),

хвостика.
й клетки.
ейка спер-
с двумя
у мужчин
рмальные
матозоид
шой ско-
который, попадая во влагалище, создает благоприятные условия для сохранения жизнедеятельности сперматозоидов.

Сперматозоиды обычно движутся в сторону щелочной среды. Если, например, при рассматривании в микроскоп движущихся под покровным стеклышком сперматозоидов рядом со стеклышком поместить с одного края каплю влагалищной слизи, а с другого — каплю слизи из шеечного канала, то сперматозоиды будут перемещаться в сторону шеечной слизи, т. е. в сторону щелочного секрета. В щелочной среде сперматозоиды сравнительно долго сохраняют жизнеспособность. В шейке и полости матки сперматозоиды могут сохранять подвижность в течение нескольких дней; удавалось находить живых сперматозоидов в маточных трубах даже через 3 недели после полового сношения.

К условиям, благоприятствующим попаданию сперматозоидов в матку, следует отнести и положение шейки. При половом сношении сперма извергается преимущественно в задний свод влагалища; если сюда обращен наружный зев шейки, то он оказывается погруженным в сперму, что способствует более быстрому проникновению сперматозоидов в канал шейки.

Если по каким-либо причинам реакция во влагалище оказывается резко кислой, то сперматозоиды быстро погибают.

Женская яйцевая клетка. Женская яйцевая клетка имеет 0,2 мм в диаметре; если яйцевую клетку поместить на темном фоне, то она хотя с трудом, но все же может быть рассмотрена невооруженным глазом в виде мельчайшей белой точки. Женская яйцевая клетка была впервые открыта в 1827 г.

В яйцевой клетке, находящейся в граафовом фолликуле, совершается ряд делений, которые продолжаются и по выходе ее из фолликула.

Вышедшее из фолликула яйцо покрыто сверху слоем зернистых клеток, образующих вокруг яйца лучистый венец (*c Corona radiata*) (рис. 24).

В отличие от сперматозоида женская яйцевая клетка активно не передвигается; когда фолликул лопается, фолликулярная жидкость изливается в брюшную полость и вместе с жидкостью сюда попадает и яйцо, которое некоторое время свободно плавает в имеющейся здесь серозной жидкости. Колебаниями свисающих бахромок маточной трубы, движениями ресничек эпителия бахромок трубы ток жидкости направляется в сторону воронки трубы, увлекая находящуюся здесь яйцевую клетку в просвет трубного канала. За время, прошедшее от момента выхода яйцевой клетки из фолликула до попадания ее в просвет трубы, яйцевая клетка успевает освободиться от клеток лучистого венца и продолжить второе деление.

Оплодотворение. Встреча сперматозоидов с яйцевой клеткой происходит чаще всего в воронке трубы.

Из колоссального количества сперматозоидов, попадающих во влагалище при половом сношении, один проникает в женскую

яйцевую клетку; все остальные сперматозонды после этого прекращают свое движение и погибают.

Один из сперматозондов проникает сквозь стекловидную оболочку в протоплазму яйцевой клетки. Головка сперматозоида разбухает, сближается с ядром яйцевой клетки и сливается с ним; хвост сперматозоида растворяется в протоплазме яйцевой клетки (копуляция). С этого момента яйцевая клетка превращается в яйцо и приобретает способность к усиленному делению.

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ ОПЛОДОТВОРЕННОГО ЯЙЦА

Оплодотворенное яйцо продвигается по каналу маточной трубы к матке. Само яйцо не обладает активным движением; продвижение яйца происходит благодаря колебаниям ресничек эпителия слизистой оболочки трубы и перистальтическим сокращениям мускулатуры трубы.

Наружная миграция (передвижение) яйца. Обычно яйцо, вышедшее из правого яичника, попадает в правую маточную трубу, и наоборот. Бывают, однако, и такие случаи, когда вышедшее из правого яичника яйцо попадает в левую трубу; это так называемое наружное передвижение яйца — *migratio ovi externa*.

ДРОБЛЕНИЕ ОПЛОДОТВОРЕННОГО ЯЙЦА

С момента оплодотворения, одновременно с указанным продвижением, в яйце начинается процесс дробления. Путем кариокинетического деления яйцо делится на



Рис. 28. Образование полостей и зародышевого узла в моруле.

1 — зародышевый узел.



Рис. 29. Образование эктобластного и энтобластного узлов в яйце.

1 — эктобластный узел (эктодерма); 2 — энтобластный узел (энтодерма) (все остальное мезодерма).

множество эмбриональных клеток, заполняющих все пространство, окруженное первичной (стекловидной) яйцевой оболочкой; яйцо превращается в сплошную массу клеток (морула, рис. 28). Наружные клетки морулы постепенно располагаются в один слой,

имеющий в дальнейшем большое значение для питания зародыша; этот слой носит название трофобласта. Полагают, что к моменту этой стадии дробления яйцо попадает в полость матки, где и прививается, или, как говорят, имплантируется (стр. 58), в ее слизистой оболочке.

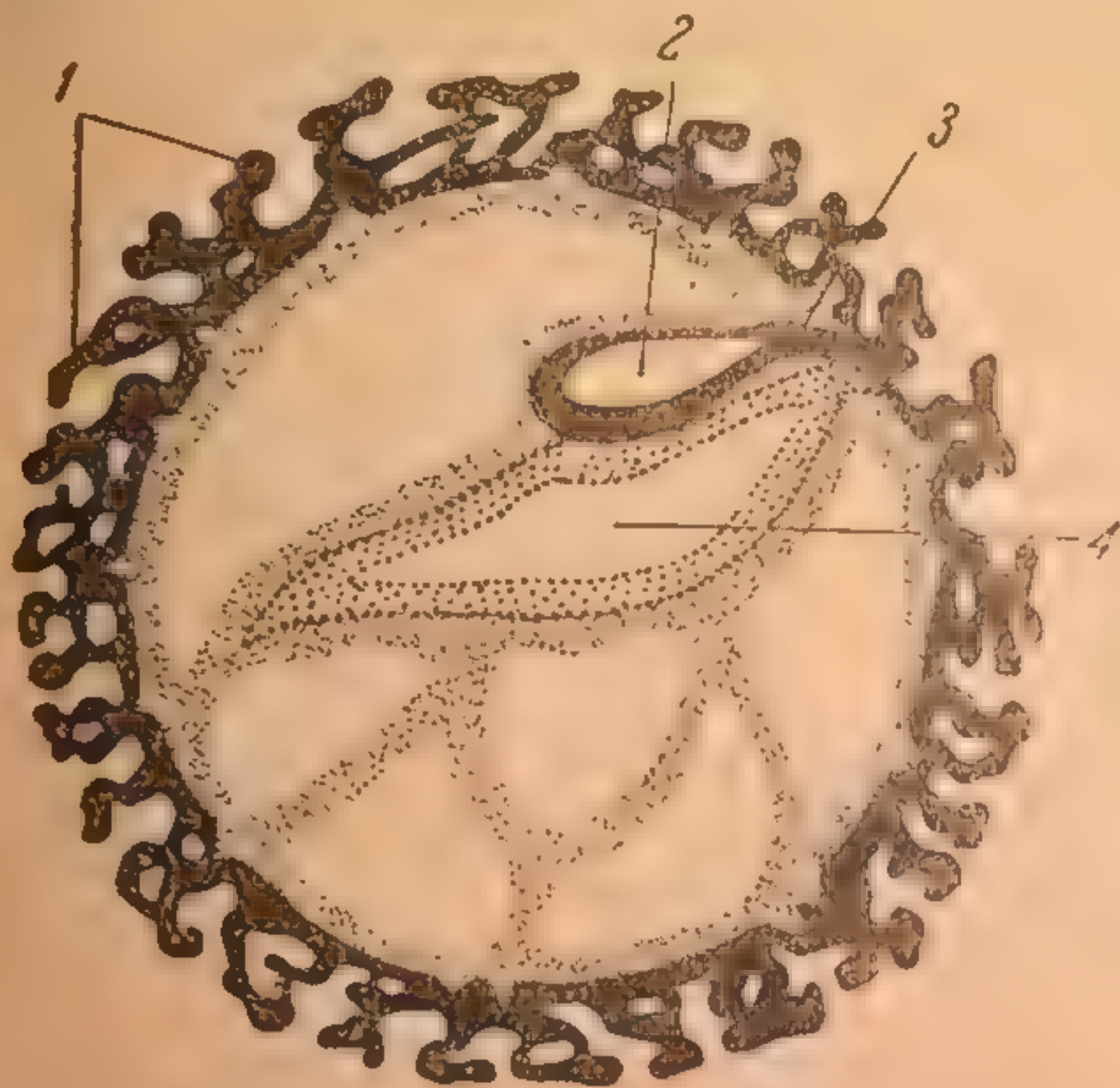


Рис. 30. Превращение морулы в бластулу и образование первичных ворсинок в яйце.

1 — первичные ворсинки; 2 — эктобластный пузырек (амниональная полость); 3 — жршная ножка; 4 — энтобластный пузырек (желточная полость).

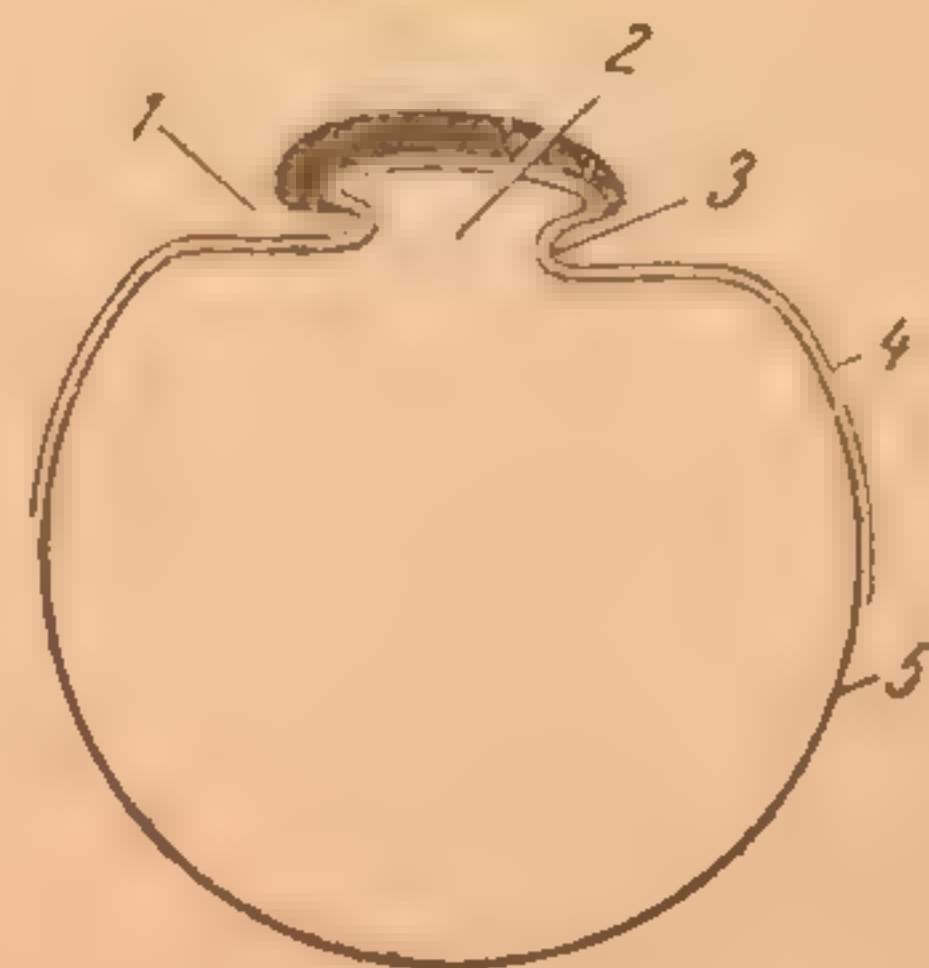


Рис. 31. Образование зародыша (схема).

1 — передняя борозда; 2 — желточный проток; 3 — задняя борозда; 4 — висцеральный листок мезобласта; 5 — эктобласт.

Следующие стадии дробления (бластула и гастрюла) в яйце происходят уже после имплантации. Клетки морулы округляются, немного расходятся, и между ними образуются небольшие щели, полости, заполняющиеся жидкостью, продуцируемой этими же клетками (рис. 28—29). Вначале эти полости невелики, затем они постепенно увеличиваются и сливаются в одну большую полость; лишь в одном сегменте морула остается сплошной — здесь образуется эмбриональный узелок.

ОБРАЗОВАНИЕ ЗАРОДЫШЕВЫХ ЛИСТКОВ

В эмбриональном узелке различают две группы клеток: клетки, прилежащие к трофобласту, представляют зачатки эктобласта, или эктодермы, а клетки под ним представляют зачаток энтобласта, или энтодермы. Эктобласт и энтобласт в дальнейшем становятся полыми внутри и превращаются в пузырьки (рис. 30). Из эктобластного пузырька образуется в дальнейшем водная (амниональная) полость, из энтобластного — желточная полость; перегородка между обеими полостями, состоящая частью из эктобласта, частью из энтобласта, представляет собой зачаток бу-

дущего плода. Остальные клетки, выполняющие все пространство зародышевого пузыря, составляют мезобласт.

Эктобласт (вместе с трофобластом), энтобласт и мезобласт имеют и другое название — эктодерма, энтодерма и мезодерма; из этих трех зародышевых листков возникают все составные части плодного яйца: плод, оболочки, пуповина и плацента.

Эктодерма и мезодерма в виде складки поднимаются вокруг спинной поверхности зародыша. Стенки этой складки идут навстречу друг другу и, наконец, смыкаются над спинкой зародыша

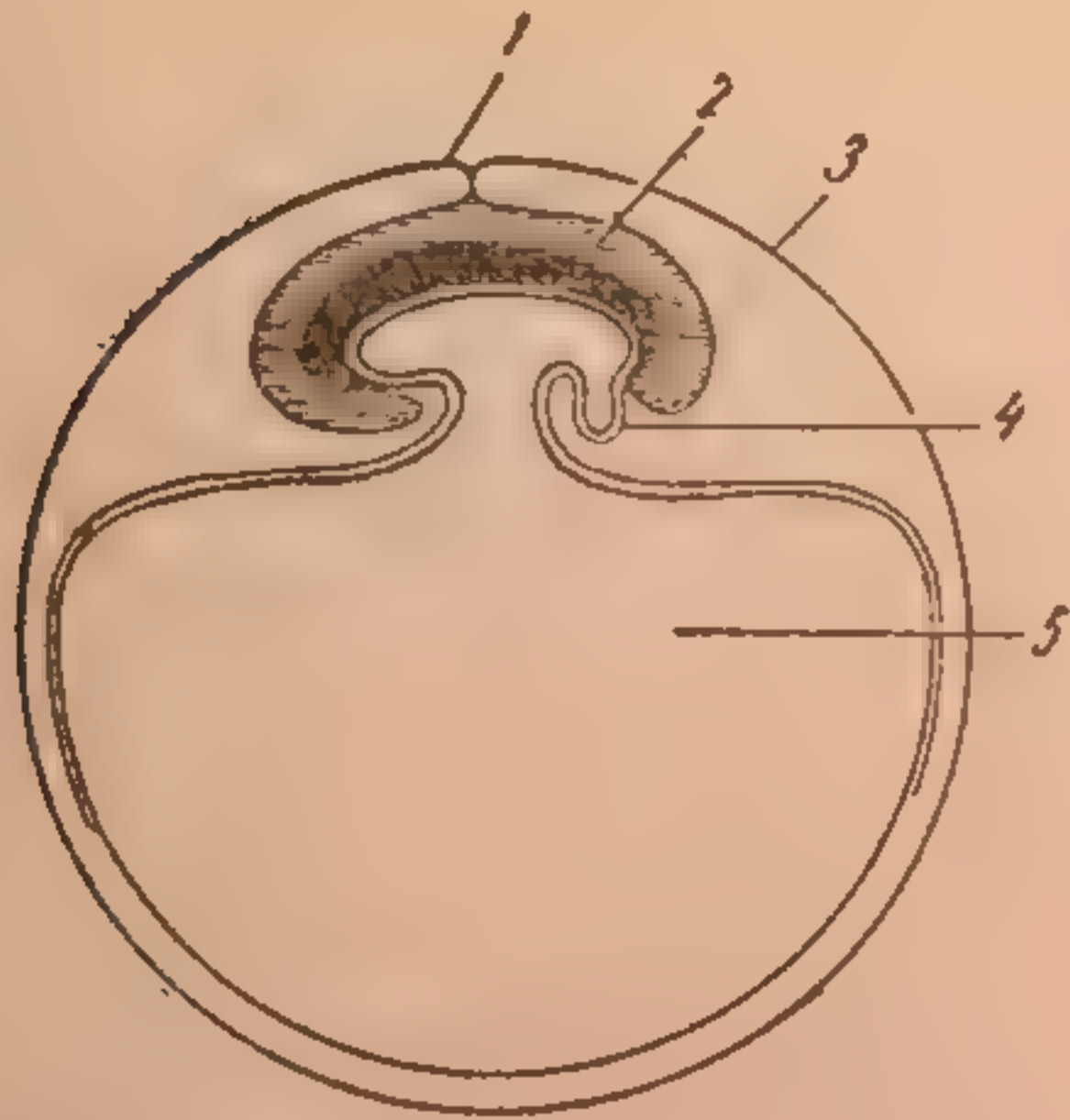


Рис. 32. Образование зародыша (схема). Складки эктодермы и мезодермы сомкнуты над спинной частью зародыша.

1 — место соединения складок;
2 — полость амниона; 3 — серозная оболочка; 4 — аллантоис;
5 — желточный пузырь.

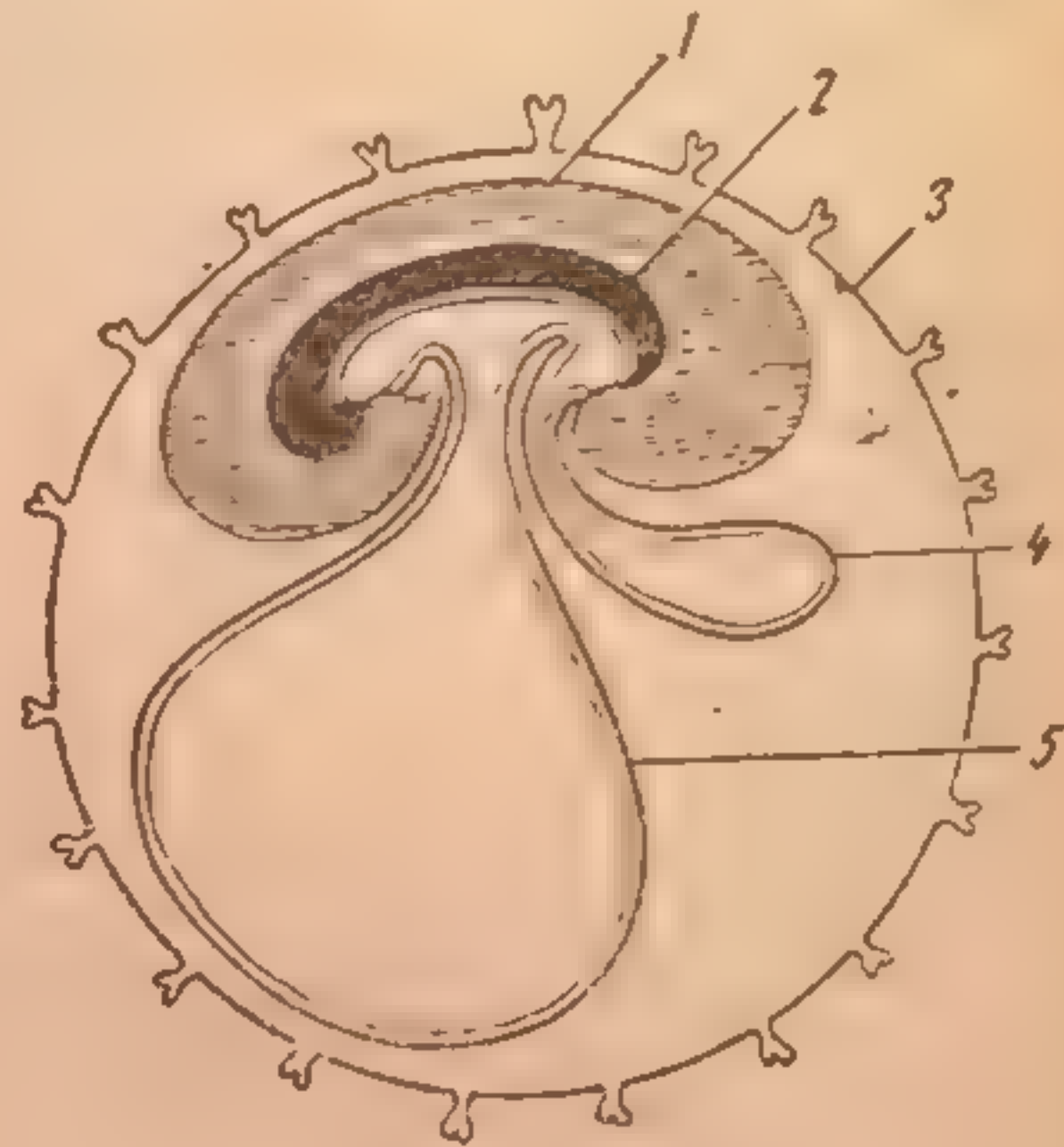


Рис. 33. Образование первичного хориона (схема).

1 — оболочка амниона; 2 — тело зародыша; 3 — первичный хорион; 4 — аллантоис; 5 — желточный пузырь.

(рис. 31 и 32). Таким образом, зародыш оказывается заключенным как бы в два мешка: внутренний, тесно прилегающий к зародышу, — это будущая водная оболочка, и наружный, который окружает зародыш вместе с желточным пузырем, — это так называемая серозная оболочка, из которой в дальнейшем образуется ворсинчатая оболочка.

Водная оболочка (amnion), образующая замкнутый мешок, в будущем наполненный околоплодной жидкостью, образуется из эктодермы и частью из мезодермы, причем эктодермальный слой обращен в сторону плода, а мезодермальный — кнаружи, к ворсинчатой оболочке.

Серозная, будущая ворсинчатая оболочка (chorion) также образуется из элементов эктодермальных и мезодермальных, причем последние обращены в сторону амниона. Следовательно, водная оболочка (амнион) и серозная оболочка (хорион) одинакового эмбрионального происхождения и прилежат друг к другу мезодермальными слоями. Наличием прослойки мезо-

дермальной ткани отчасти и объясняется, почему впоследствии, несмотря на тесную близость водной и ворсинчатой оболочек, они не срастаются.

Изменения в трофобласте сводятся сначала к увеличению количества составляющих его клеток, а ко второй неделе развития зародыша на поверхности трофобласта образуются клеточные выросты — первичные ворсины, почему оболочка и носит теперь название первичного хориона (рис. 33).

С третьей недели беременности питание зародыша идет за счет питательных веществ, накопленных в желточном пузыре.

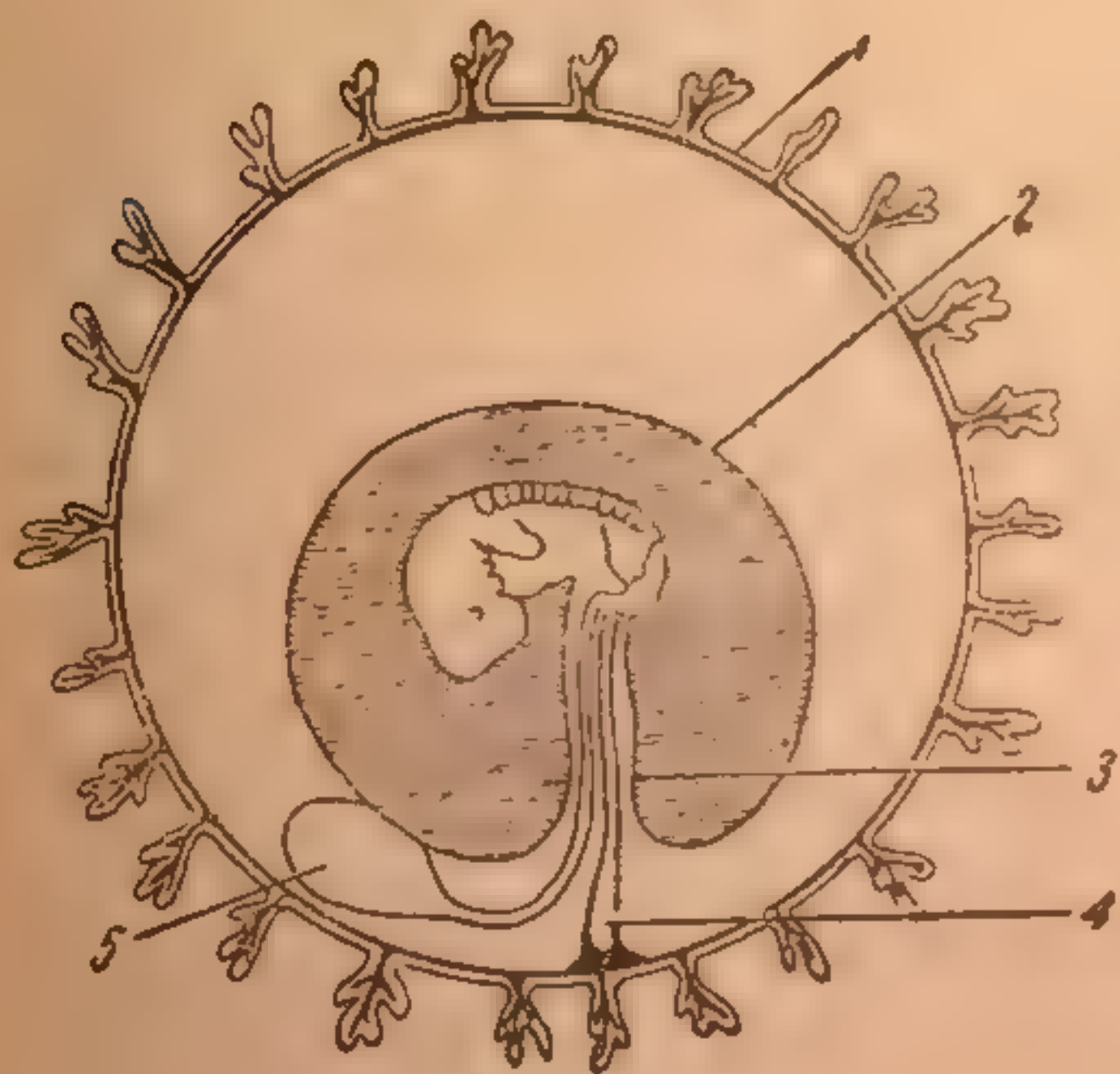


Рис. 34. Развитие ворсинчатого кровообращения зародыша (схема).

1 — хорион; 2 — оболочка амниона; 3 — пуповинное влагалище амниона; 4 — аллантоис; 5 — остаток желточного пузыря.

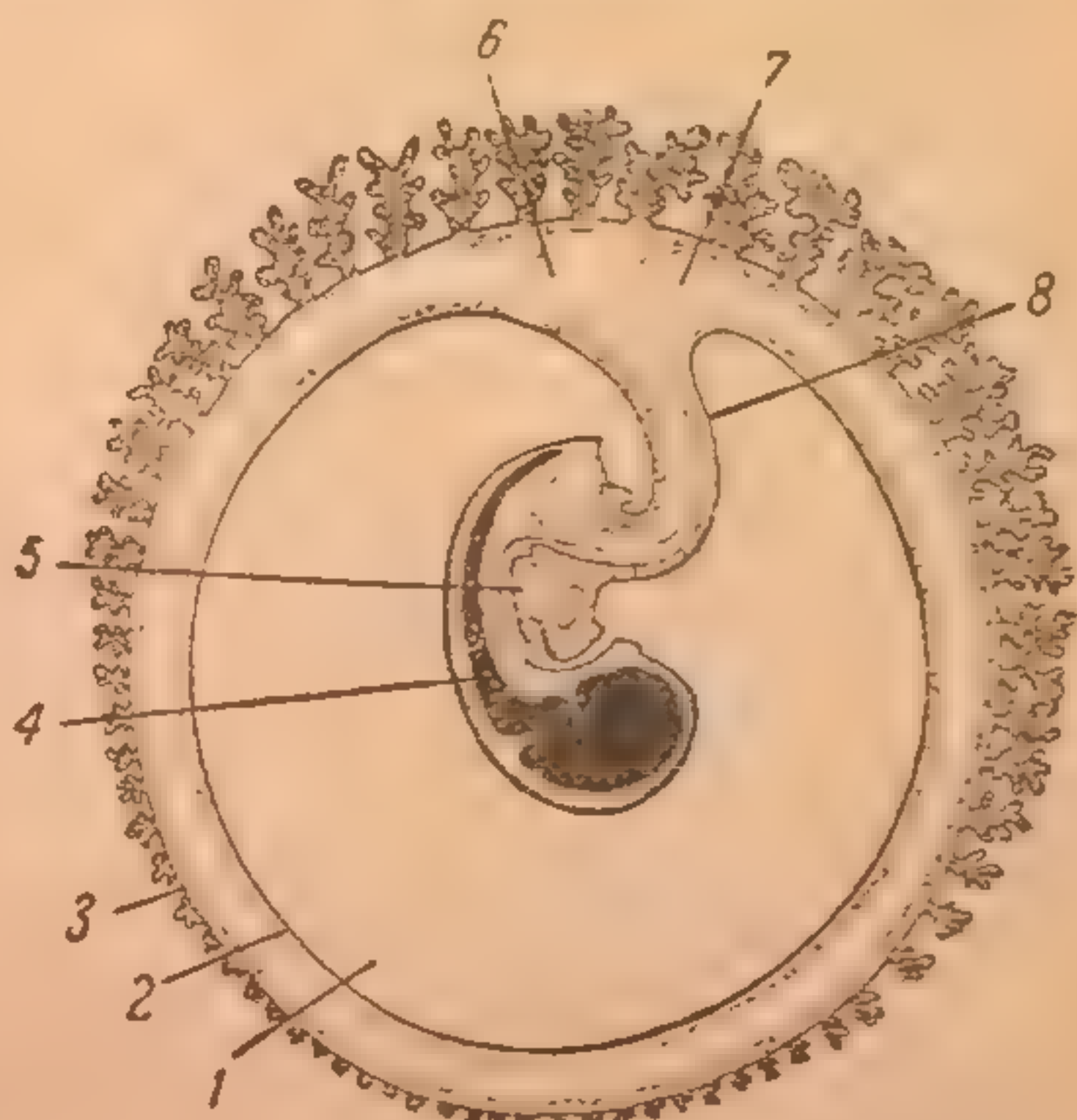


Рис. 35. Плодное яйцо (схема).

1 — полость амниона; 2 — оболочка амниона; 3 — ворсинчатая оболочка; 4 и 5 — зародыш; 6 и 7 — будущие кровеносные сосуды пуповины; 8 — образующаяся из аллантоиса и желточного пузыря пуповина.

Снабжение питательными веществами осуществляется по сосудам, появляющимся к этому времени в желточном пузыре (две артерии и две вены); это так называемое желточное кровообращение. Запас питательных веществ здесь сравнительно невелик и очень скоро иссякает.

На смену этому питанию появляется другое. Уже на 9-й день внутриутробного развития из задней кишки зародыша вырастает богатый сосудами пузырек на ножке — это зародышевый мочевой мешок, так называемый аллантоис (рис. 34). Сосуды аллантоиса сообщаются с аортой зародыша.

Аллантоис быстро растет, удлиняется и вскоре достигает ворсинчатой оболочки с ее первичными ворсинами. Соединительнотканые элементы аллантоиса и его кровеносные сосуды, достигнув ворсинчатой оболочки, распространяются по ее внутренней поверхности и проникают в полые ворсинки. Таким

образом, серозная оболочка, первоначально бессосудистая, начинает снабжаться сосудами. С этого времени ворсинчатая оболочка приобретает способность доставлять плоду по сосудам аллантоиса питательные вещества, воспринимаемые ворсинками из окружающих тканей. Прежде бессосудистый, первичный хорион, будучи снабжен сосудами, называется истинный хорион — *chorion verum* (рис. 35).

С развитием аллантоиса и образованием истинного хориона кровообращение зародыша носит название аллантоидного, или ворсинчатого.

По мере развития плода в плодном пузыре постепенно накапливается околоплодная жидкость. Стенки околоплодного пузыря, вначале плотно прилегающие к телу зародыша, по мере накопления жидкости отдаляются от него, и таким образом зародыш оказывается как бы плавающим в околоплодных водах. С увеличением количества вод околоплодный пузырь постепенно приближается к внутренней поверхности ворсинчатой оболочки. При этом желточный проток, остаток желточного пузыря, и аллантоис с его сосудами сдавливаются, тесно приближаются друг к другу и, наконец, соединяются в один общий канатик, зачаток будущей пуповины.

ИМПЛАНТАЦИЯ

Оплодотворенное яйцо, как указывалось, поступает в полость матки в стадии начального дробления, начальной сегментации зародыша; к этому моменту яйцо покрыто снаружи так называемым трофобластом. В прививке яйца (имплантация яйца) в слизистую оболочку матки трофобласт играет весьма существенную роль. Клетки наружного слоя трофобласта (синцитий) обладают способностью расплавлять набухший эпителий слизистой оболочки матки, благодаря чему яйцо, осевшее на слизистую, погружается в глубину последней.

С момента оплодотворения яйцевой клетки до перехода ее в полость матки проходит в среднем 8—10 дней. К этому времени оплодотворенное яйцо застает в полости матки слизистую оболочку в фазе секреции, что благоприятствует имплантации и дальнейшему развитию яйца.

С наступлением беременности слизистая оболочка матки претерпевает ряд изменений; она значительно набухает и наполняется кровью. Измененная слизистая оболочка носит теперь название децидуальной, или отпадающей, оболочки. Отпадающей она называется потому, что после родов она отделяется, отпадает.

Децидуальная оболочка в начале беременности достигает толщины 1 см, в то время как обычно слизистая оболочка небеременной матки бывает толщиной всего лишь в 0,1—0,2 см.

В отпадающей оболочке различают два слоя: компактный, обращенный в просвет полости матки, и губчатый, обращенный к мышечному слою матки.

рис 36. Имплантация
1 — мышечный
2 — базальная
3 — к
4 —
отпад

покрываю
носит наз
capsulari
стенках
при ст
(decidua
В д
достига
Кап
теропо
что в з
части
ным я

Погружаясь в глубину отпадающей оболочки, яйцо окружается разрастающейся вокруг него отпадающей оболочкой (рис. 36). С этого момента отдельные участки отпадающей оболочки получают следующие названия: участок отпадающей оболочки, в котором осело оплодотворенное яйцо, называется базальной отпадающей оболочкой (*decidua basalis*) (рис. 37); участок,

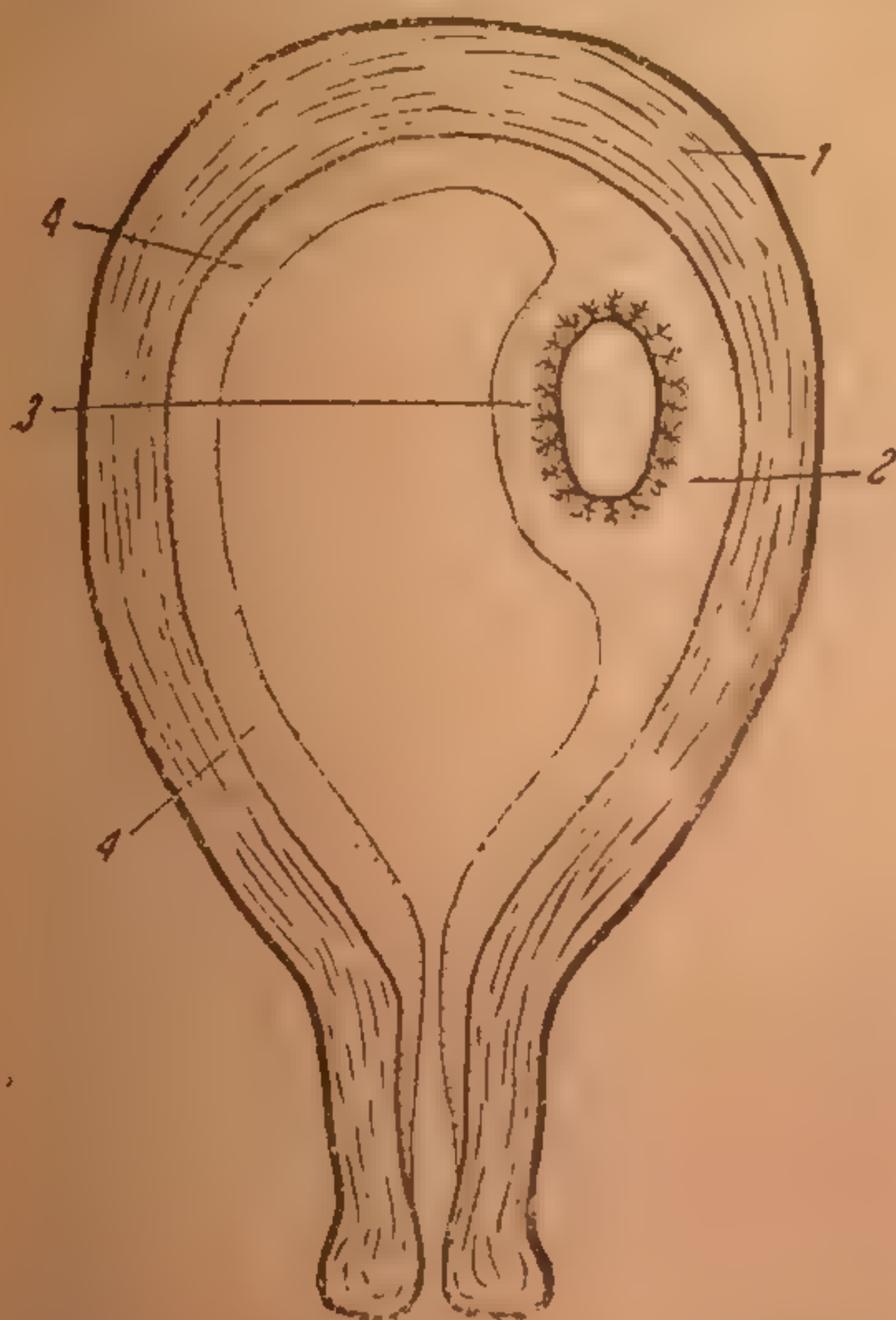


Рис. 36. Имплантация яйца (схема).

1 — мышечный слой стенки матки; 2 — базальная часть отпадающей оболочки; 3 — капсулярная отпадающая оболочка; 4 — пристеночная, истинная отпадающая оболочка.

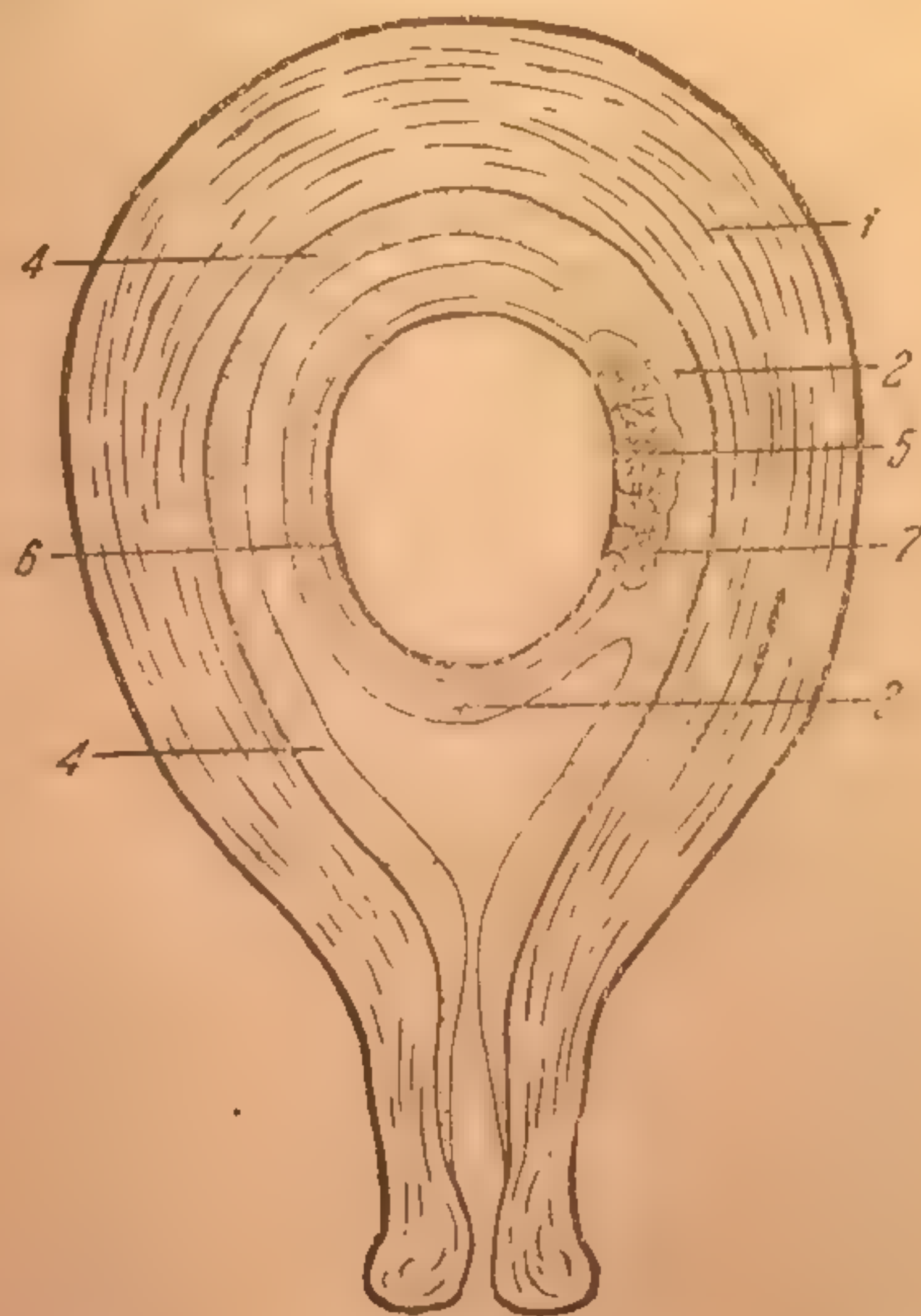


Рис. 37. Яйцо в полости матки (схема).

1 — мышечный слой стенки матки; 2 — базальная часть отпадающей оболочки; 3 — капсулярная отпадающая оболочка; 4 — истинная отпадающая оболочка; 5 — пышный хорион; 6 — лысый хорион; 7 — межворсинчатое пространство.

покрывающий остальную часть яйца со стороны полости матки, носит название капсулярной отпадающей оболочки (*decidua capsularis*) (рис. 37); остальная часть отпадающей оболочки на стенках пока еще частично свободной полости матки называется пристеночной, или истинной, отпадающей оболочкой (*decidua vera*).

В дальнейшем течении беременности наибольшего развития достигает лишь базальная отпадающая оболочка.

Капсулярная отпадающая оболочка впоследствии истончается, перерождается и атрофируется. Происходит это отчасти потому, что в этой оболочке почти отсутствуют кровеносные сосуды, а отчасти вследствие значительного растяжения ее растущим плодным яйцом.

С IV месяца беременности плодное яйцо настолько увеличивается, что выполняет уже всю полость матки, при этом истонченная капсулярная отпадающая оболочка вплотную приближается к истинной отпадающей оболочке и соединяется с ней. К этому времени и истинная отпадающая оболочка, вследствие растяжения маточной полости, истончается. К концу беременности толщина истинной отпадающей оболочки всего лишь 0,1 см, т. е. она становится тоньше в 10 раз.

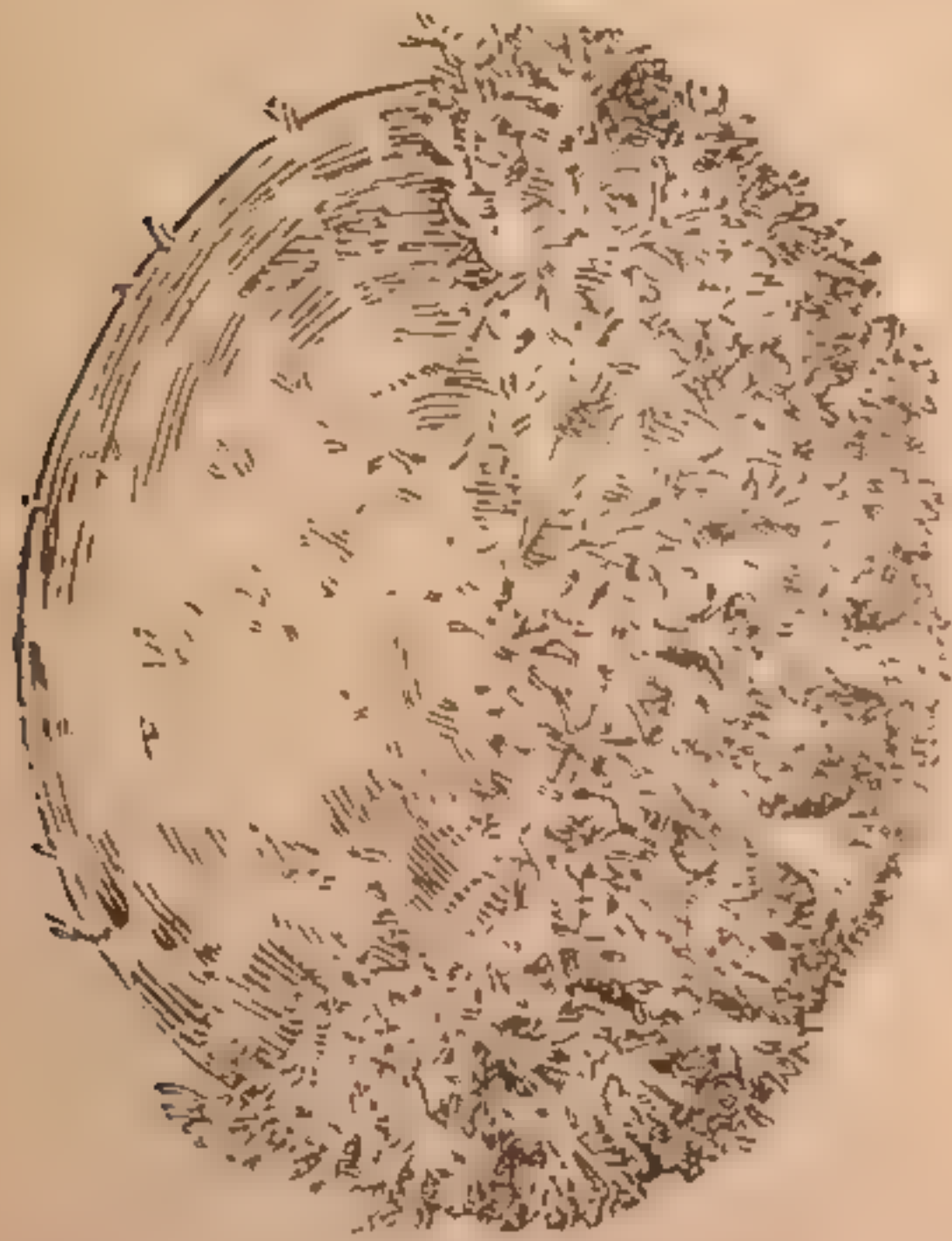


Рис. 38. Плодное яйцо на третьем месяце беременности. С одной стороны разросшийся пышный хорион (*chorion frondosum*), с другой — облысевшая часть хориона (*chorion leve*).

ПЛАЦЕНТА

С конца четвертой недели беременности в хорионе наступают значительные изменения. Часть хориона, окруженная капсулярной отпадающей оболочкой, начинает постепенно атрофироваться, как бы лысеет; ворсины сглаживаются и к 3 месяцам беременности совершенно исчезают, почему этот хорион и называется лысым хорионом (*chorion leve*). Хорион же, погруженный в базальную оболочку, разрастается, ворсины достигают длины 1—1,5 см, почему этот участок хориона носит название пышного хориона (*chorion frondosum*) (рис. 38).

К IV месяцу беременности пышный хорион, врастая в глубину базальной отпадающей оболочки, образует вместе с ней детское место, или плаценту.

Каждая ворсина пышного хориона представляет собой древоподобно ветвящийся вырост. Основа ворсины соединительнотканная, в ней проходят кровеносные сосуды. Снаружи ворсина покрыта оболочкой, состоящей из эпителиальных клеток, среди которых различают синцитиальные клетки, обладающие способностью расплавлять подлежащую ткань базальной отпадающей оболочки.

Погружаясь в отпадающую оболочку, ворсины пышного хориона расплавляют большую часть ее, так что в конечном итоге от базальной отпадающей оболочки остается лишь тонкая пластинка губчатого слоя, прилегающая к мышечному слою матки. Эта тонкая прослойка губчатой части отпадающей оболочки и является, с одной стороны, границей, за которую обычно не проникают ворсины пышного хориона, своего рода барьер, с другой — как бы связующим звеном между плацентой и стенкой матки, — это слой, в котором происходит отделение плаценты после рождения плода.



Рис. 39. Плацента. Плодовая сторона. Видны кровеносные сосуды.



Рис. 40. Плацента. Материнская сторона. Видны дольки плаценты.

Участки сохранившейся базальной отпадающей оболочки, не подвергшиеся «разъедающему» действию ворсин пышного хориона, вдаются между отдельными ворсинами, образуя вертикально стоящие перегородки. Этими перегородками плацента разделяется, в зависимости от количества ворсин пышного хориона, на 15—20 долек, называемых **к о т и л е д о н а м и** (рис. 40).

Каждая доля плаценты представляет собой как бы камеру, боковыми стенками которой являются только что описанные перегородки из уцелевших участков отпадающей оболочки, а дно камеры составляет сохранившаяся пластинка губчатого слоя базальной отпадающей оболочки. Внутри доли находится пышно разросшаяся ворсина.

Пространство, окружающее ворсину, называется **межворсинчатым пространством**.

Выше указывалось, что ворсина, погружаясь в базальную отпадающую оболочку, расплавляет ее, при этом «разъедаются» и стенки имеющихся здесь материнских кровеносных сосудов. Кровь из этих сосудов изливается в межворсинчатые пространства, где свободно циркулирует.

Таким образом, каждая ворсина оказывается погруженной в эту излившуюся кровь и как бы «купается» в ней, все время омываясь материнской кровью (рис. 44).

Изливающаяся в межворсинчатые пространства материнская кровь отводится отсюда через венозные стволы, открывающиеся в дне плацентарных долек, и поступает по венам обратно в материнский организм. Циркулирующая в межворсинчатых пространствах кровь не свертывается, так как вещества, выделяемые синцитиальными клетками ворсины, препятствуют свертыванию крови.

П л а ц е н т а при доношенной беременности имеет вид толстой лепешки размером 15×20 см, толщина ее в центре достигает 2—3 см, а к краям уменьшается; вес плаценты при доношенном плоде достигает 500 г.

В плаценте различают внутреннюю, плодовую, сторону, обращенную в полость плодного яйца (рис. 39), и наружную, или **м а т е р и н с к у ю**, **с т о р о н у**, которой плацента прилегает к стенке матки (рис. 40).

Внутренняя сторона плаценты покрыта водной оболочкой. Здесь прикреплена пуповина, от корня которой тянутся по плаценте в разные стороны кровеносные сосуды.

Наружная, материнская, сторона плаценты представляется разделенной глубокими бороздами на отдельные доли, **к о т и л е д о н ы**.

Ф о р м а плаценты зависит отчасти от состояния слизистой оболочки матки к моменту внедрения в нее яйца, от места имплантации последнего, отчасти же от характера развития пышного хориона. Если яйцо имплантируется на недостаточно развитой децидуальной оболочке, то нередко имеет место либо глубо-

кое внедрение ворсин и в силу этого слишком прочное соединение плаценты со стенкой матки, либо пышный хорион распространяется на большем протяжении и получается большая, но низкая (тонкая) плацента, либо на отдельных участках, где отпадающая оболочка слабо развита, пышный хорион атрофируется, и тогда образуется плацента, состоящая как бы из отдельных долек, отстоящих друг от друга на некотором расстоянии.

При чрезмерном росте ворсин возможно более глубокое внедрение их в толщу отпадающей оболочки.

Место имплантации яйца и развития плаценты. Плацента развивается на том участке отпадающей оболочки матки, где оседает плодное яйцо. Обычно — это область верхнего отдела тела матки, на передней или задней стенке ее; иногда детское место развивается в области дна полости матки.

Если плодное яйцо по тем или иным причинам сползает вниз, то оно может имплантироваться в нижнем отделе матки. В этих случаях плацента развивается внизу и получается так называемое низкое прикрепление плаценты. Возможны и такие случаи, когда плодное яйцо спускается низко и оседает в области нижнего сегмента у самого внутреннего зева и здесь развивается; такое расположение плаценты называется предлежанием плаценты (стр. 432), либо, наконец, яйцо достигает области перешейка и здесь имплантируется, тогда — что бывает, правда, крайне редко — образуется шейное предлежание плаценты (стр. 434).

ПУПОВИНА

Выше было указано (стр. 58), что по мере увеличения количества околоплодных вод происходит сближение желточного пузыря с аллантоисом; из этого соединения образуется в дальнейшем пупочный канатик, пуповина. Основную массу этого шнура составляет зародышевая соединительная ткань, в артонов студень. В вартоновом студне заложены пупочные сосуды — две артерии и одна вена.

Сосуды пуповины развились из сосудов аллантоиса; вначале имелись две вены, но позже одна из них запустевает и остается только одна вена. По артериям кровь течет от плода к плаценте, а по вене — от плаценты к плоду.

Длина пуповины к концу беременности достигает 50 см; диаметр пуповины 1—1,5 см. Пуповина по всей длине спирально закручена, что объясняется извилистым ходом сосудов. Длина и толщина пуповины зависят от срока беременности: чем меньше срок беременности, тем короче и тоньше пуповина. Указанные выше длина и толщина являются средними при доношенной беременности; возможны, однако, отклонения: иногда пуповина бывает значительно длиннее — 70—80 см и больше или, наоборот, короче — 40 см и меньше.

ОБОЛОЧКИ ПЛОДНОГО ЯИЦА

Ворсинчатая оболочка, хорион. В начальных стадиях развития, как было указано, яйцо покрыто снаружи трофобластом (стр. 55), из которого позднее образуется хорион.

Пышный хорион, как указано выше, врастает в базальную отпадающую оболочку и идет на образование плаценты; в остальной части хориона ворсины сглаживаются и исчезают, и в конечном итоге хорион превращается в тонкую полупрозрачную оболочку, одной стороной (наружной) плотно прилегающую к истинной отпадающей оболочке матки, а другой (внутренней) тесно соприкасающуюся с водной оболочкой.

Водная оболочка, амнион, образуется, так же как и хорион, из элементов эктодермы (стр. 56). Часто водная оболочка очень плотно прилежит к хориону, и получается впечатление, будто ее нет, однако при внимательном осмотре удается сравнительно легко отделить ее от хориона.

Водная оболочка покрывает всю плодную сторону плаценты, переходит на пуповину и покрывает ее.

ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ

Полость, образованная водной оболочкой, наполнена околоплодными водами, накапливающимися в течение всей беременности; к родам количество их достигает 1—1,5 л.

Происхождение околоплодных вод еще недостаточно изучено; некоторые считают, что околоплодные воды являются транссудатом из сосудов матки, что эта жидкость отчасти является продуктом жизнедеятельности выделительных органов плода (почек, кожи). Советскими учеными доказано, что образование околоплодных вод является результатом секреторной деятельности эпителиальных клеток водной оболочки. Повидимому, в образовании околоплодных вод принимают участие и организм матери, и организм плода.

Околоплодные воды содержат около 10% твердых веществ, среди которых имеется белок, мочевины, виноградный сахар, попадают чешуйки эпидермиса плода; кроме того, в них содержатся и гормоны — фолликулин, пролан.

Околоплодные воды играют важную роль как в течении беременности, так и при родах. С накоплением околоплодных вод полость плодного яйца растягивается, что предоставляет плоду возможность свободнее развиваться. Слишком малое количество околоплодных вод — маловодие — препятствует нормальному развитию плода, вследствие чего иногда могут возникать некоторые виды уродств плода (стр. 325). Водная оболочка, если она плотно прилегает к коже плода, может в некоторых местах срастись с ней; в дальнейшем, по мере увеличения околоплодных вод, такое срастание может вести к образованию тяжей.

Подобный тяж, опоясывая, например, конечность плода, может привести к частичной или даже полной внутриутробной ампутации ее.

Околоплодные воды до некоторой степени защищают плод от внешних неблагоприятных воздействий (травма), а наличие плодного пузыря, стенки которого состоят из водной и ворсинчатой оболочек, тесно прилегающих друг к другу, предохраняет полость плодного яйца от проникновения инфекции из влагалища.

Большую роль играет плодный пузырь в механизме раскрытия шейного канала матки при родах.

Бывают случаи, когда количество околоплодных вод значительно превышает указанную выше норму, достигая иногда двух и более литров; это так называемое многоводие. При многоводии чрезмерно растягиваются и истончаются стенки матки, что может вести к преждевременному прерыванию беременности; многоводие нередко способствует неправильному положению плода в матке. Многоводие затрудняет прощупывание частей плода, ухудшает слышимость сердечных ударов плода; при родах многоводие обуславливает плохую родовую деятельность.

П о с л е д. Плацента, или детское место, вместе с пуповиной, водной и ворсинчатой оболочкой называется **п о с л е д о м**.

Осматривая послед после его выхода из матки, необходимо внимательно рассмотреть все составные части его и выяснить, целы ли все эти части или какой-либо недостает, а также какую особенность представляет та или другая часть последа.

ПЛОД В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность в среднем продолжается 280 дней, или 10 акушерских (лунных) месяцев, считая от первого дня последней менструации.

В конце первого месяца человеческий зародыш имеет длину 7—8 мм и внешне не отличается от зародыша животных.

В конце второго месяца длина плода достигает 3—3,5 см. Форма зародыша позволяет узнать в нем будущего человека. В этот срок беременности головка плода равняется половине всей длины плода.

В конце третьего месяца длина плода достигает 8—9 см, а вес 20 г. Ясно различаются пальчики рук и ног; начинают дифференцироваться наружные половые органы.

В конце четвертого месяца длина плода достигает 16—17 см, а вес 120 г. Уже ясно различается пол плода. Появляются активные движения конечностей, не осязаемые, однако, матерью. В кишечнике плода начинает скопляться первородный кал — меконий.

В конце пятого месяца беременности длина плода достигает 25—27 см, вес его в среднем 300 г. В это время появляются

волосы на голове и пушок на всем теле; начинают функционировать сальные железы, отлагается подкожный жир. Если плод в этот срок рождается живым, у него можно заметить сердцебиение. Головка плода составляет треть всей длины плода.

К концу шестого месяца беременности длина плода достигает 30—32 см, а вес — 600—700 г. Плод рождается в этом сроке живым, двигает конечностями, но скоро, однако, умирает.



Рис. 41. Плодное яйцо в матке в конце беременности (схема).

1 — отпадающая оболочка; 2 — ворсинчатая оболочка;
3 — водная оболочка; 4 — плод; 5 — околоплодные воды;
6 — пуповина; 7 — плацента; 8 — стенка матки.

В конце седьмого месяца беременности длина плода достигает 35—36 см, а вес 1 000—1 200 г. Кожа морщинистая, покрыта сыровидной смазкой. Плод имеет старческий вид. В этом сроке плод рождается живым, дышит и даже кричит слабым голосом. Родившиеся в этот срок дети мало жизнеспособны, однако при надлежащем уходе и режиме такого ребенка удастся выжить.

В конце восьмого месяца беременности длина плода достигает 40 см, а вес 1 500 г. Родившийся в этом периоде недоношенный плод при особо тщательном уходе выживает.

В конце девятого месяца беременности длина плода достигает 45 см, вес 2 500 г. Кожа плода гладкая, краснота исчезает. В этот период дети рождаются жизнеспособными и при правильном уходе остаются в живых.

К десятому месяцу плод достигает полной зрелости, длина его 49—50 см (у девочек 48—49 см), вес 3 200—3 400 г; пушок на коже сохраняется лишь в области плечевого пояса, ногти выступают за верхушки пальцев. Величина головки плода составляет четверть всей длины плода.

При определении доношенности новорожденного следует во всех случаях учитывать не только его длину (рост) и вес, но и ряд других признаков, характеризующих зрелость плода, а также принимать во внимание продолжительность беременности.

Признаки зрелости плода следующие: достаточное развитие подкожного жира, кожа розовая, пушок сохранен только на плечевом поясе, на верхних отделах спины и плечах; длина волос на головке достигает 2 см. Хрящи ушных раковин и носа плотные. Ногти твердые и на руках заходят за кончики пальцев. Пупочное кольцо расположено на середине между лонном и мечевидным отростком или чуть ниже. У мальчиков яички опустились в мошонку, а у девочек клитор и малые губы прикрыты большими губами.

Зрелый плод проявляет большую активность: двигает конечностями, громко кричит.

Рост (длина) новорожденного как признак более постоянный является одним из более верных критериев зрелости. Измерение длины плода обязательно производится на горизонтальном ростометре при вытянутом положении новорожденного (рис. 185). Новорожденные, имеющие рост (длину) меньше 45 см, учитываются как незрелые. Новорожденные, имеющие рост (длину) больше 47 см, учитываются как зрелые. Определение зрелости или незрелости новорожденных, имеющих рост в пределах от 45 до 47 см (включительно), в каждом отдельном случае (совместно акушером и педиатром) производится на основании особенно тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода.

При отсутствии данных о росте новорожденного учитывается его вес; новорожденный с весом ниже 2 500 г считается незрелым, недоношенным.

Для быстрого определения примерного возраста родившегося плода можно пользоваться приводимой ниже схемой. В первую половину беременности (до 5 лунных месяцев) длина плода в сантиметрах соответствует числу месяцев беременности, умноженному на это же число, а после этого срока, т. е. с 5 до 10 месяцев беременности, умноженному на 5.

Схема длины плода соответственно сроку беременности

Срок беременности	Длина плода (в см)
1 месяц	$1 \times 1 = 1$
2 месяца	$2 \times 2 = 4$
3 »	$3 \times 3 = 9$
4 »	$4 \times 4 = 16$
5 месяцев	$5 \times 5 = 25$
6 »	$6 \times 5 = 30$
7 »	$7 \times 5 = 35$
8 »	$8 \times 5 = 40$
9 »	$9 \times 5 = 45$
10 »	$10 \times 5 = 50$

ДОНОШЕННЫЙ ПЛОД

Головка доношенного плода

Головка доношенного плода, ее форма и размеры представляют особый интерес. В 96% всех родов головка является той частью плода, которая первой продвигается по родовым путям.

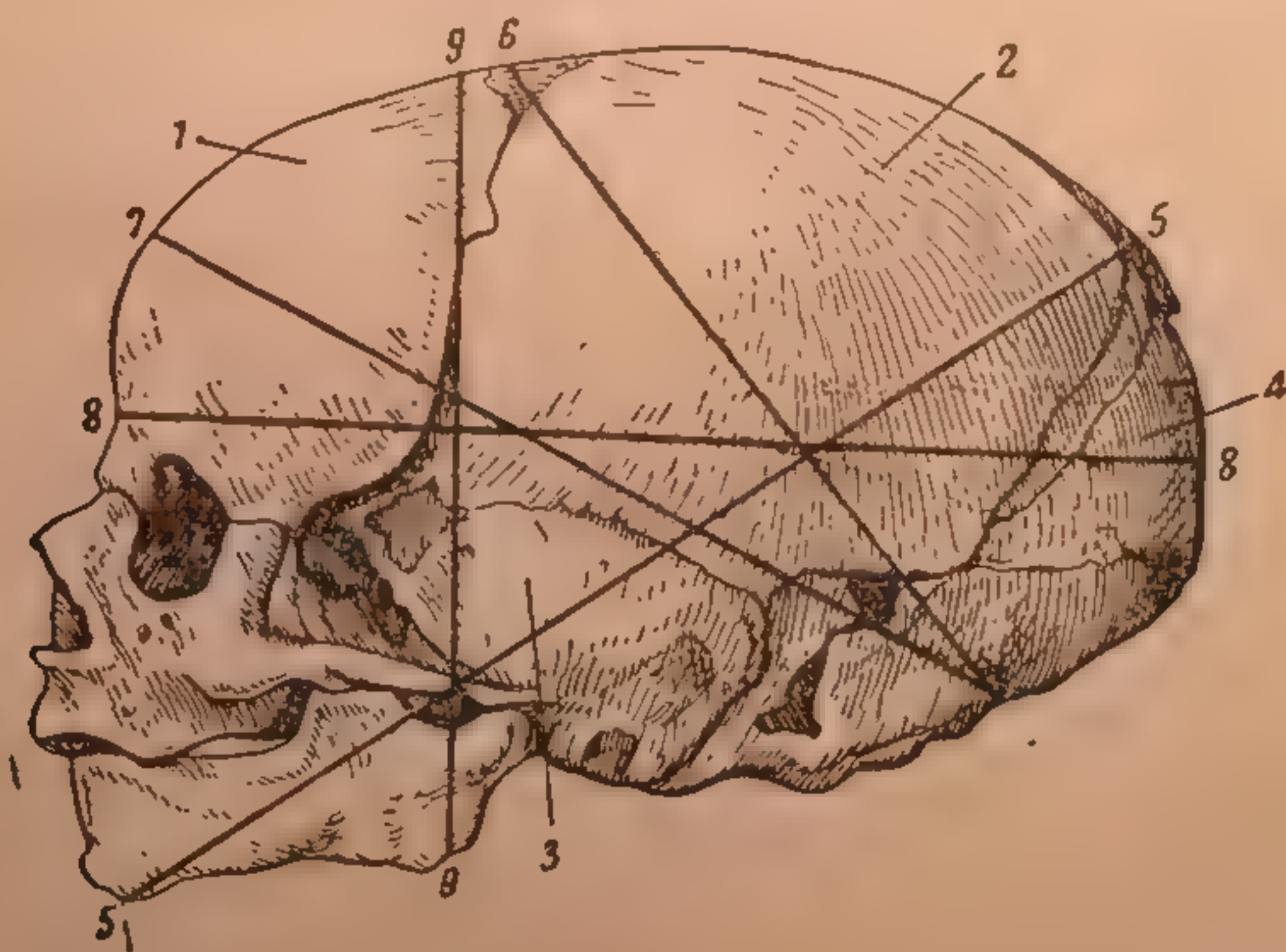


Рис. 42. Череп новорожденного. Вид сбоку.

1 — левая лобная кость; 2 — левая теменная кость; 3 — левая височная кость; 4 — затылочная кость; 5 — большой косой размер; 6 — малый косой размер; 7 — средний косой размер; 8 — прямой размер; 9 — вертикальный размер.

Знание размеров и формы головки доношенного плода и сопоставление их с размерами и формой различных отделов таза, умение различать опознавательные пункты на головке позволяют понимать характер продвижения головки по родовому каналу, что необходимо для правильного ведения родов.

В головке различают черепную и лицевую части.

Череп — наибольшая часть головки — состоит из свода и основания (рис. 42).

Черепной свод состоит из двух лобных костей, двух теменных, двух височных и затылочной кости.

Основание черепа состоит из основной части затылочной кости и из основной кости.

Между костями черепа плода имеются так называемые швы, соединяющие эти кости; швы представляют собой фиброзные перепонки, что позволяет костям черепа несколько смещаться и заходить друг на друга.

1. Стреловидный шов (рис. 43) проходит между теменными костями спереди назад.

2. Лобный шов является как бы продолжением стреловидного шва кпереди через большой родничок; лобный шов расположен между двумя лобными костями и тянется до переносицы.

3. Венечные швы между лобными и теменными костями идут в обе стороны от стреловидного шва.

4. Затылочный, или ламбдовидный, шов находится на другом конце стреловидного шва, между теменными и затылочной костями.

В местах, где сходятся три или четыре шва, образуются пространства, затянутые фиброзной перепонкой. Эти места называются родничками.

Большой родничок (рис. 43) — пространство между теменными и лобными костями — имеет форму ромба. При ощупывании большой родничок ощущается под пальцем в виде четырехугольной фигуры, от каждого угла которой отходит кнаружи шов.

Малый родничок (рис. 43) — место, где сходятся стреловидный и ламбдовидный швы. При ощупывании пальцем малый родничок определяется как место, где сходятся три шва.

Самый длинный и прямолинейный из всех швов — стреловидный. На одном его конце расположен большой родничок, на другом — малый.

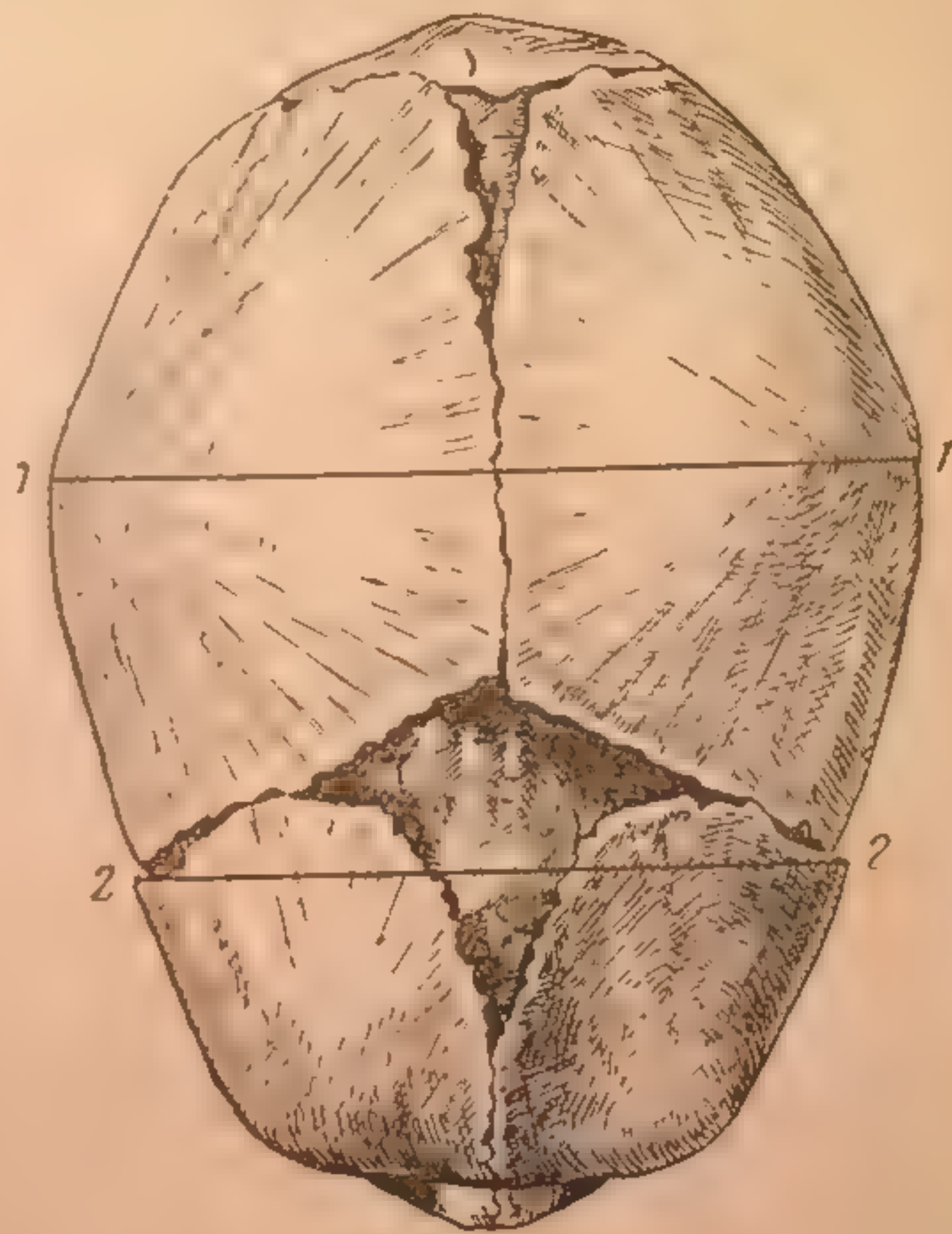


Рис. 43. Поперечные размеры черепа. Швы и роднички.

1 — большой поперечный размер; 2 — малый поперечный размер. Вверху — малый родничок; внизу — большой родничок.

Размеры головки

Прямой размер — от переносицы до затылочного бугра — равен 12 см (рис. 42).

Малый косой размер — от подзатылочной ямки до центра большого родничка — равен 9 см (рис. 42).

Большой косой размер — от затылочного бугра до подбородка — равен 13 см (рис. 42).

Средний косой размер — от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба — равен 10 см (рис. 42).

Вертикальный размер лицевой части головки — расстояние от переднего угла большого родничка до подъязычной кости — равен 10 см (рис. 42).

Малый поперечный размер (рис. 43) — между наиболее отдаленными пунктами венечных швов — равен 8 см.

Большой поперечный размер (рис. 43) — между теменными буграми — равен 9,5 см.

Окружность головки в различных местах ее неодинакова: длина окружности, проходящей соответственно большому косому размеру, равна 40 см; длина окружности соответственно прямому размеру 34 см, а соответственно малому косому размеру 32 см.

Размеры туловища

1. Поперечный размер плечиков равен 12 см; длина окружности соответственно этому размеру равняется 35 см.

2. Поперечный размер тазовой области — между вертелами бедренных костей — равен 9 см; длина окружности соответственно этому размеру равняется 28 см.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИИ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

Оплодотворенное яйцо на первых порах своего развития омывается тканевой жидкостью матки и получает из нее кислород и другие питательные вещества. С ростом яйца возникает плацентарное кровообращение.

Плацента по своему строению и функциям — весьма сложный орган. Она выполняет различные функции. Для внутриутробного плода плацента выполняет одновременно функции органов дыхания, питания и выделения, являясь одновременно железой наружной и внутренней секреции. Через плаценту происходит обмен между организмом матери и плода в двояком направлении: от матери к плоду и от плода к матери. В плаценте питательные вещества материнской крови переходят в усвояемую организмом плода форму, происходит синтез новых веществ и выведение продуктов диссимиляции плода.

Плацента, как указывалось выше, образуется на месте глубокого внедрения пышного хориона в базальную отпадающую оболочку матки. Погружаясь в нее, ворсины пышного хориона «расплавляют» ее; при этом «расплавляются» и стенки проходя-

ших здесь кровеносных сосудов. В результате окружающее ворсину пространство заполняется изливающейся материнской кровью и ворсина, таким образом, оказывается погруженной в материнскую кровь (рис. 44).

Плацентарное кровообращение осуществляется по кровеносным сосудам, проходящим внутри каждой ворсины, и представляет собой замкнутую систему. Венозная кровь плода по двум артериям пуповины переходит в сосуды ворсины все меньшего и меньшего калибра (артериолы), капиллярная сеть переходит затем в венулы ворсин, по которым окисленная кровь собирается в венозные сосуды более крупного калибра и возвращается по пупочной вене к плоду.

КРОВООБРАЩЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

Пройдя через пупочное кольцо плода в брюшную полость последнего, пупочная вена подходит к нижней поверхности печени и отдает ей несколько ветвей. Затем пупочная вена отдает веточку, которая впадает в воротную вену, образуя с ней общий ствол; вся остальная масса крови изливается в нижнюю полую вену плода через венозный ход, так называемый *аранциев проток* (рис. 45). Печеночные ветви проходят через печень, собираются затем в венозные стволы все более крупного калибра и, наконец, в виде печеночных вен впадают в нижнюю полую вену.

Из нижней полых вены кровь поступает в правое предсердие плода; в это же правое предсердие впадает и верхняя полая вена (рис. 45). Между устьями нижней и верхней полых вены имеется выступ, как бы заслонка; она отклоняет и направляет ток крови из нижней полых вены через имеющееся в этом периоде развития овальное отверстие в левое предсердие, а отсюда в левый желудочек.

Кровь, излившаяся, как было сказано выше, из верхней полых вены в правое предсердие, поступает отсюда в правый желудочек; из правого желудочка по легочной артерии небольшая часть крови попадает в правое и левое легкое, большая же часть крови из легочной артерии поступает через так называемый *боталлов проток* в нисходящую часть аорты (рис. 45).

Кровь, поступившая из левого предсердия в левый желудочек, отсюда по восходящей дуге аорты поступает кверху; по пути восходящая дуга аорты отдает ветви — безымянную, сонную и подключичную, а дальше переходит в нисходящую дугу аорты.

Кровь от плода, обедневшая кислородом, возвращается к плаценте по двум артериям, проходящим в пуповине (рис. 45).

Внимательно рассматривая схему кровообращения внутриутробного плода, нетрудно заметить, что чистая артериальная кровь имеется только в пупочной вене, в веточках, идущих в печень, и в *аранциевом протоке*. Смешанная кровь с преобладанием

артериальной содержится в нижней поллой вене и восходящей аорте с ее ветвями. Смешанная кровь с преобладанием венозной содержится в нисходящей аорте; большая масса венозной крови доставляется сюда через боталлов проток. Венозная кровь находится в верхней поллой вене, легочной артерии и боталловом протоке.

Описанным распределением артериальной крови объясняется до некоторой степени неравномерное развитие отдельных частей организма плода в различные сроки беременности. До второй половины беременности у плода развивается главным образом верхняя его часть, которая лучше снабжается артериальной кровью. Легкие плода получают очень незначительное количество крови и развиваются медленно. Лучшие всего артериальной кровью снабжается печень, развивающаяся в мощный орган. Хуже снабжаются кровью в течение первой половины внутриутробного периода нижняя часть туловища и нижние конечности. Со второй половины беременности, когда суживается овальное отверстие в перегородке предсердий и постепенно атрофируется заслонка между устьями нижней и верхней поллой вены, наблюдается уже более равномерное распределение артериальной крови по всему организму плода, и с этого срока быстрее идет развитие отстававшей нижней половины тела плода.

Переход веществ из крови матери в кровь плода и обратно происходит через стенку ворсины путем диффузии и осмоса¹.

Газообмен в плаценте в основном совершается путем диффузии: кислород из крови матери проникает через стенку ворсины в кровь плода, а углекислота из крови плода таким же путем проникает в кровь матери.

Диффузия газообразных веществ, в частности, кислорода и углекислоты, как и осмос растворимых в жидкости веществ через стенку ворсины, объясняется различной концентрацией этих веществ в крови матери и в крови плода (разницей в парциальном давлении в крови матери и плода).

Газообмен в плаценте схематично совершается следующим образом: кровь матери, обогащенная в легких кислородом, протекает в межворсинчатые пространства.

Венозная кровь плода бедна кислородом, почему последний переходит от места большего давления к месту меньшего давления, т. е. из кровяной плазмы матери в кровяную плазму плода. Когда плазма материнской крови беднеет кислородом, гемо-

¹ Диффузией называют постепенное проникновение одного вещества в другое или через другое. Диффундирующее вещество распространяется из мест более высокой концентрации в места более низкой концентрации. Если, например, два каких-либо газа соприкасаются друг с другом через пористую перегородку, то они, в конце концов, перемешиваются. Диффузия жидкости и растворимых в ней веществ через перепонку называется осмосом. Такой перегородкой, перепонкой, отделяющей материнскую кровь в плаценте от плодовой крови в сосудах ворсин, является стенка ворсины и сосуда.

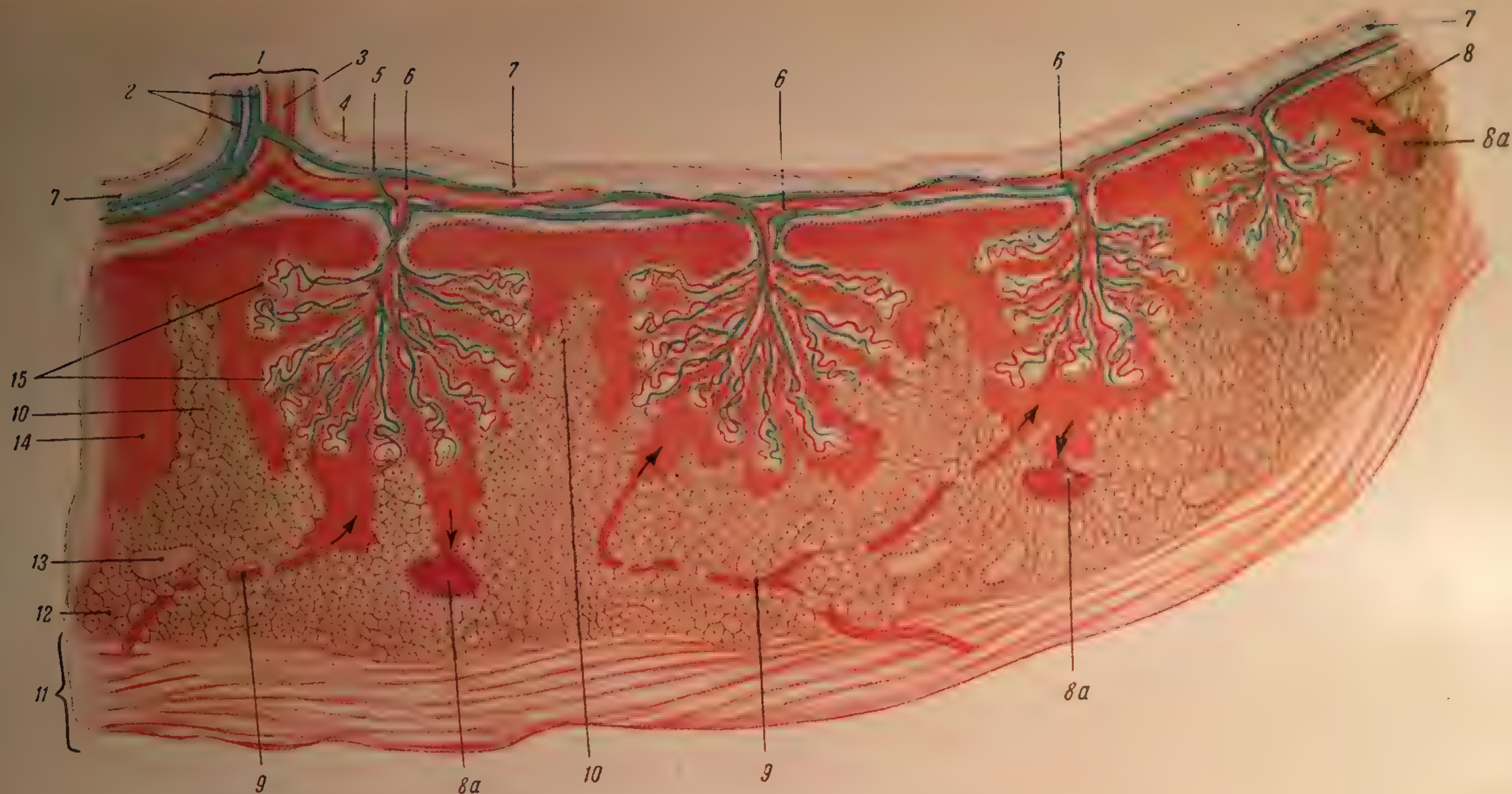


Рис. 44. Схема кровообращения в плаценте (разрез через плаценту).

1 — пуповина; 2 — пупочные артерии; 3 — пупочная вена; 4 — водная оболочка; 5—6 — проходящие сосуды ворсин; 7 — хорион; 8 — крас-
 вой венозный синус плаценты; 8a — отводящие вены; 9 — сосуды, по которым притекает материнская кровь в межворсинчатые простран-
 ства; 10 — перегородки в плаценте (разделяющие доли), образовавшиеся из базальной отпадающей оболочки; 11 — мышечный слой
 стенки матки; 12 — базальная отпадающая оболочка (представлена в виде клеточного фона); 13 — железа в губчатом слое базальной
 отпадающей оболочки; 14 — межворсинчатое пространство, заполненное кровью; 15 — ворсина с проходящими внутри нее сосудами.

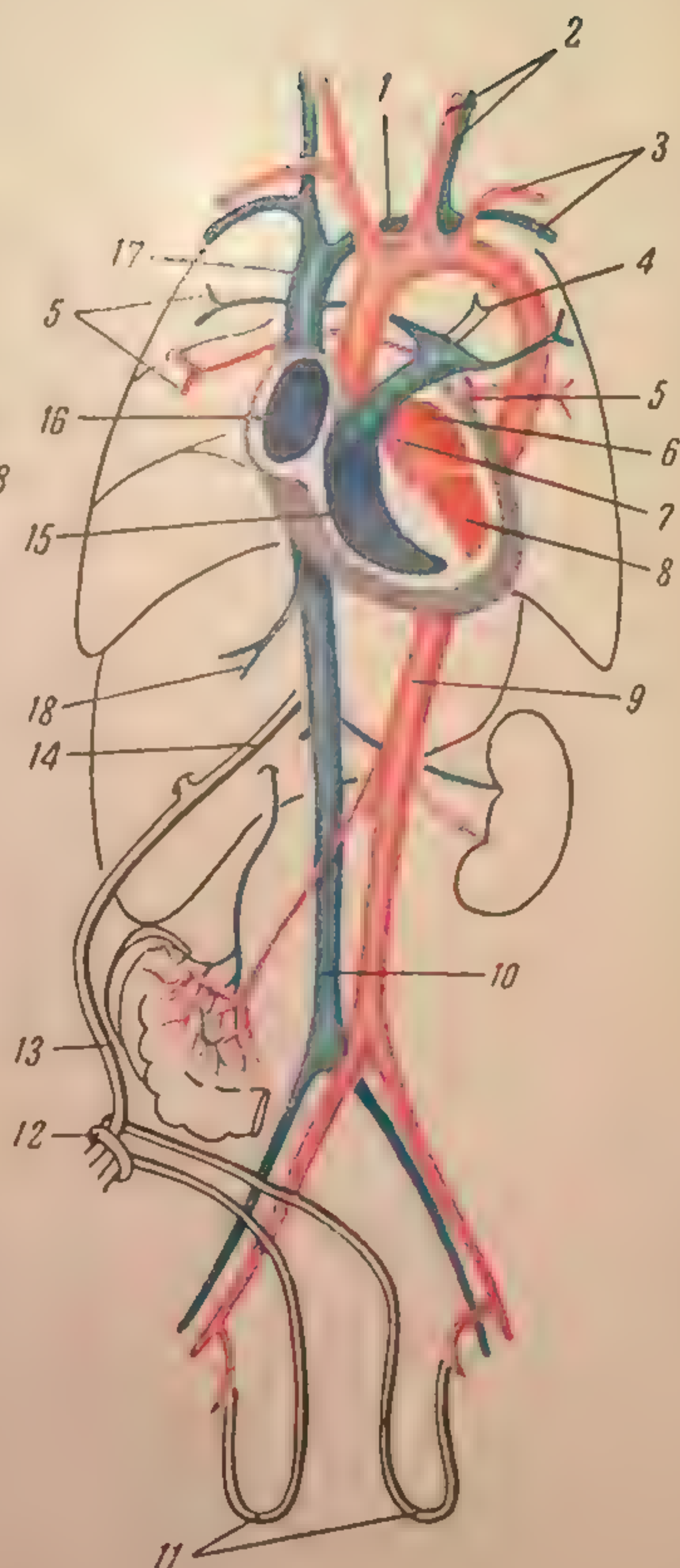
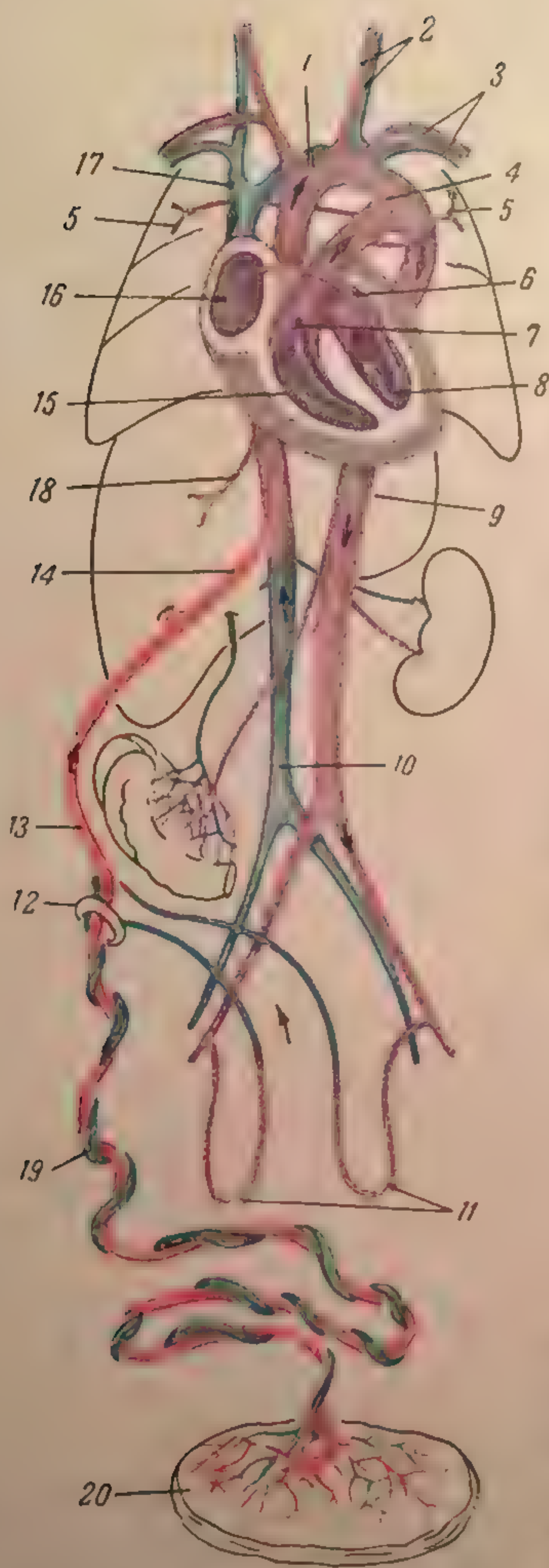
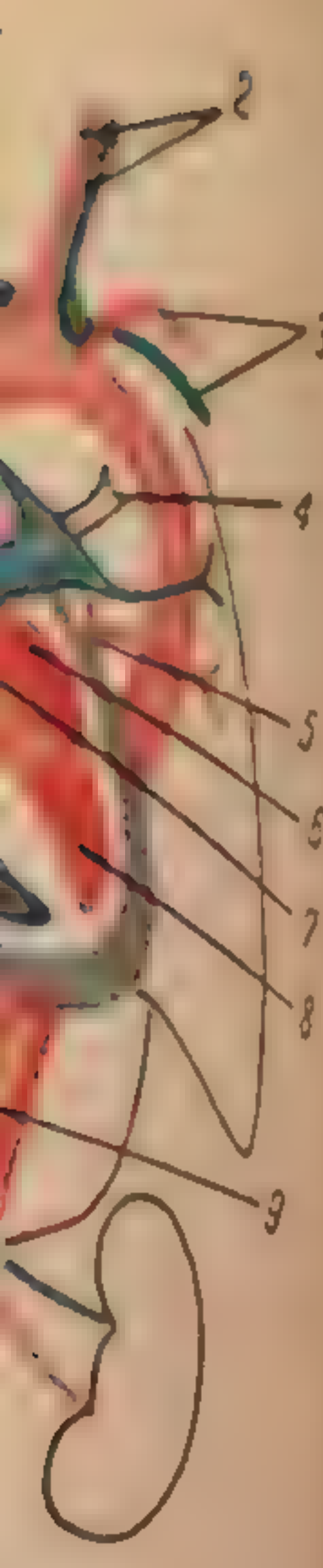


Рис. 46. Схема легочного кровообращения у новорожденного (кровь артериальная — красного цвета, кровь венозная — синего цвета).

1 — дуга аорты; 2 — сонная артерия и вена; 3 — подключичная артерия и вена; 4 — остаток запустевшего боталлова протока; 5 — легочные сосуды; 6 — левое предсердие; 7 — легочная артерия; 8 — левый желудочек; 9 — нисходящая аорта; 10 — нижняя полая вена; 11 — запустевшие пупочные артерии; 12 — пупочный канатик; 13 — запустевшая пупочная вена; 14 — запустевший артериальный проток; 15 — правый желудочек; 16 — правое предсердие; 17 — верхняя полая вена; 18 — левая полая вена.



глобин эритроцитов материнской крови отдает в ее плазму кислород, и концентрация кислорода в плазме материнской крови снова достигает прежнего уровня. Кислород, поступивший в плазму крови плода (в сосуды ворсин), воспринимается гемоглобином эритроцитов плода, а в плазме крови плода содержание кислорода снова понижается до прежнего уровня. Таким образом, восстанавливается прежняя разница в содержании кислорода в плазме крови матери и крови плода, обуславливающая дальнейший переход кислорода от матери к плоду; равно таким же путем, только в обратном направлении — от плода к матери, происходит переход углекислоты.

На газообмен в плаценте, помимо возможных изменений в ее строении, могут влиять различные состояния матери и плода. Заболевания (лихорадочные, малокровие), нарушающие окислительные процессы в организме беременной, заболевания, связанные с пониженной функцией легочной ткани (воспаления легких) или с застойными явлениями в них (декомпенсированные пороки сердца и др.), ведут к нарушению нормального газообмена и у плода, что может вести к нарушениям в развитии, к внутриутробной асфиксии и смерти плода.

В плаценте часто обнаруживаются мелкие (от булавочной головки до размеров чечевичного зерна) участки измененной плацентарной ткани. Это белые инфаркты, являющиеся результатом нарушения кровообращения в данном участке плаценты, ведущие к прекращению питания и некрозу этого участка с последующим отложением в нем извести. Такие единичные мелкие белые инфаркты не оказывают заметного влияния на дыхательную функцию всей плаценты. При болезнях почек, например, нефрите, в плаценте могут иметь место мелкие кровоизлияния. Во время беременности; отмечается иногда частичная отслойка плаценты, образуются инфаркты, достигающие нередко больших размеров; «дыхательная» поверхность плаценты при этом значительно уменьшается, в результате чего наступает внутриутробная асфиксия и плод погибает.

Если выключается функция больше чем половины дыхательной поверхности плаценты, плод погибает. С подобным явлением приходится встречаться при преждевременной отслойке плаценты во время беременности и родов.

Нарушения в циркуляции крови и газообмена при родах могут быть связаны и с изменениями в сосудах пуповины. Очень короткая пуповина или обвитие ее вокруг туловища плода при длинной пуповине ведут к натяжению пуповины и ее сосудов, что значительно суживает, а нередко и полностью закрывает просвет сосудов. Нарушение циркуляции крови в сосудах пуповины может быть обусловлено затягиванием истинного узла пуповины (стр. 317).

Пуповина и особенно проходящие в ней сосуды чрезвычайно чувствительны к различным раздражениям. Механические (даже

обычное ощупывание пуповины пальцами), термические и иные раздражения пуповины могут вести к спазматическим сокращениям проходящих в ней сосудов, к сужению, а иногда и полной облитерации просвета их, следствием чего является внутриутробная асфиксия и смерть плода.

Некоторое нарушение нормального газообмена в плаценте имеет место во время родов при схватках. Каждая схватка, сокращение мускулатуры матки, ведет к сужению просвета сосудов матки и кратковременному кислородному голоданию плода. Небольшое и непродолжительное кислородное голодание не вызывает дыхательного рефлекса у плода.

При нормальном течении родов схватки носят ритмичный характер; они чередуются с паузами, в течение которых полностью восстанавливается нормальный газообмен в плаценте. Если же схватки слишком часты, а паузы между ними очень коротки, если родовые схватки принимают спазматический характер, при таких родах плоду угрожает внутриутробная асфиксия. Применяемые в подобных случаях мероприятия должны быть направлены на регулирование родовой деятельности, на насыщение организма матери кислородом и на создание условий, повышающих способность организма плода к восприятию, поглощению кислорода, — этим предупреждается наступление внутриутробной асфиксии.

Плацента принимает активное участие в питании плода. Питательные вещества из материнской крови, прежде чем поступить в организм плода, подвергаются в плаценте ряду изменений. Эпителий ворсины, помимо его «расплавляющих» свойств, обладает еще и ферментативными свойствами; клетки эпителия ворсин продуцируют вещества (ферменты), расщепляющие и изменяющие белки и углеводы материнской крови, превращающие их в состояние, пригодное для усвоения организмом плода. Функции клеток эпителия ворсины до некоторой степени напоминают функции клеток эпителия желудочно-кишечного тракта человека. Так, например, сложные белковые тела расщепляются до стадии простейших белков.

Углеводы имеют весьма существенное значение для роста и развития плода. Обычно концентрация глюкозы в крови межворсинчатых пространств значительно превышает таковую в сосудах ворсин, поэтому глюкоза легко диффундирует из крови матери в кровь плода. Сложные углеводы (полисахариды) подвергаются в плаценте предварительному расщеплению благодаря наличию фермента в клетках эпителия ворсин.

Жиры в организме плода образуются преимущественно за счет углеводов. Некоторые жиры из крови матери предварительно расщепляются клетками эпителия ворсин и путем диффузии проникают к плоду.

Соли в растворенном виде и вода проникают из крови матери через стенку ворсины путем диффузии.

Через плаценту от матери к плоду поступают витамины и гормоны. Некоторые из витаминов (С) даже откладываются в плаценте в виде резерва. Советскими учеными (Р. Л. Шуб и др.) доказано, что недостаточное содержание в организме беременной витаминов (в частности, витаминов А, С, D и Е), гиповитаминоз, а тем более авитаминоз пагубно влияют на течение беременности и на развитие плода. У таких матерей чаще наблюдаются преждевременные роды, дети нередко рождаются слабыми, недоношенными, с плохой сопротивляемостью, почему в дальнейшем дают высокий процент заболеваний. При гиповитаминозах матери у детей наблюдается предрасположение к рахиту, а иногда ребенок уже рождается с признаками рахита.

Недостаток в организме беременной витамина В₁, как показали исследования советских ученых, может способствовать развитию водянки беременных, появлению рвоты, прерыванию беременности (аборт) и ряду других осложнений в течении беременности.

Одновременно с поступлением питательных веществ к плоду через стенки же ворсин в кровь межворсинчатых пространств поступают от плода конечные продукты его обмена.

В течение всей беременности материнский организм расходует пластические материалы на рост и развитие плода. Если поступление в организм матери питательных веществ недостаточно, это пагубно сказывается на организме беременной, что в свою очередь пагубно отражается на развитии плода.

Рациональное питание беременной — один из ведущих факторов дородовой¹, внутриутробной охраны здоровья младенца.

При нормальной здоровой плаценте кровь матери нигде не смешивается с кровью плода.

Плод имеет свою кроветворную систему, органами которой в первой половине внутриутробного развития является печень плода, позднее — селезенка, а в конце беременности — и костный мозг. Гемоглобин образуется вначале в плаценте, затем в печени, селезенке и костном мозгу.

По своему химическому составу и свойствам кровь плода резко отличается от крови матери. Количество эритроцитов в 1 мм³ крови плода достигает 4—5 млн., а содержание гемоглобина не ниже 100%, достигая иногда даже 120%.

Группа крови плода и крови матери может быть различной. Железы внутренней секреции у плода еще недостаточно развиты; потребность в гормонах у плода покрывается преимущественно за счет гормонов матери и гормонов плаценты, почему плаценту некоторые даже называют эндокринной железой беременности. Однако в дальнейшем имеет место и переход гормонов от плода к матери. Подобным переходом объясняют, например, сравнительно хорошее самочувствие во время беременности,

¹ Антенатальной.

наблюдаемое у женщин, страдающих диабетом. Недостаточная функция поджелудочной железы матери до некоторой степени компенсируется функцией инсулярного аппарата поджелудочной железы плода. После же родов, если немедленно не ввести матери инсулин, у нее может наступить резкое ухудшение состояния здоровья, вплоть до диабетической комы.

Бактерии при нормальной здоровой плаценте не проникают из крови матери в кровь плода. Переход бактерий возможен только при патологических изменениях в плаценте, при нарушении целостности ворсины. Так, можно указать на передачу сифилиса от матери плоду. Болезнетворное действие циркулирующих в крови межворсинчатых пространств спирохет ведет к разрушению ворсины, в результате чего спирохеты, как и другие бактерии, могут проникнуть в кровь плода и заразить его.

В плаценте болеющих малярией женщины нередко обнаруживаются микроинфаркты, тромбозы, некротические участки, нарушение целостности плацентарных ворсин с отложением в них малярийного пигмента. При этом возможен переход плазмодиев из крови матери в кровь плода, что иногда приводит к заболеванию плода малярией, к преждевременному прерыванию беременности, к внутриутробной смерти плода.

Не исключается подобная возможность проникновения бактерий из крови матери в кровь плода и при других заболеваниях (пневмония, туберкулез, сепсис).

Антитоксины, вирусная инфекция, как полагают, могут проникать и через неповрежденную стенку ворсины и оказывать свое влияние на состояние плода. Вирус таких заболеваний, как грипп, оспа, может передаваться через плаценту плоду.

В свое время, когда еще оспопрививание не было обязательным, при заболевании женщины во время беременности оспой наблюдались случаи рождения детей со следами перенесенной ими внутриутробно оспы.

Патогубное влияние гриппа на течение беременности и на развитие плода сказывается в том, что в большом проценте случаев грипп ведет к прерыванию беременности и к внутриутробной смерти плода.

Инфекционные заболевания во время беременности, сопровождающиеся длительно повышенной температурой, интоксикацией, в большом проценте ведут к внутриутробной смерти плода, к преждевременным родам. Это объясняется отчасти и возможным переходом токсинов из крови матери в кровь плода; в плаценте у инфицированных рожениц обнаруживаются стрептококки, стафилококки и другие бактерии; в части случаев бактерии были обнаружены в сосудах пуповины, в крови, в легких и селезенке плода.

После некоторых перенесенных инфекционных заболеваний в организме переболевшей сохраняются активные антитела (иммунитет), которые при беременности могут переходить через

плаценту к плоду, вызывая у него временную невосприимчивость к этим заболеваниям. Однако подобная невосприимчивость у новорожденных лишь временна, к тому же она имеется далеко не у всех и не дает права игнорировать проведение необходимых профилактических мероприятий против ряда заболеваний.

Новейшие работы советских ученых показали, что некоторые виды микробов могут переходить в фильтрующуюся форму и при определенных условиях снова принимать микробную форму. Эти работы могут по-новому объяснять возможности проникновения инфекции во время беременности от матери к плоду и еще более остро ставят вопрос о необходимости проведения профилактических мероприятий во время беременности.

Для некоторых химических веществ, попадающих в кровь беременной, плацента проходима. Таковы ртутные препараты, мышьяк, новарсенол, бром и некоторые другие. Проникают через плаценту к плоду такие вещества, как алкоголь, никотин, салициловые препараты, камфора, хинин, атропин, опий, морфин, сульфаниламиды, пенициллин и ряд других веществ. Это позволяет воздействовать указанными препаратами через организм матери на плод. Так, например, при лечении сифилиса у беременной одновременно лечится и сифилис плода, при лечении малярии у матери — и малярия плода. Лечение пенициллином при септических заболеваниях беременной предупреждает и развитие заболевания у плода.

В целях профилактики вредных влияний, какие могут оказывать на плод те или иные моменты, важно помнить об указанных свойствах плаценты. Поэтому нельзя забывать, проводя те или иные мероприятия в отношении беременной, о возможном влиянии их на плод. Вместе с тем, зная о такой возможности, мы можем и обязаны использовать ее в интересах оздоровления матери и растущего плода, воздействуя на последний через организм матери.

КРОВООБРАЩЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО

С момента рождения плода нарушается плацентарно-плодовое кровообращение, наступает фаза кислородного голодания, что ведет к раздражению дыхательного центра у новорожденного. Следствием такого раздражения является первый вдох плода. При вдохе воздух входит в легкие, находившиеся до этого в спавшемся состоянии. Расправляются легочные альвеолы и расширяются проходящие в них кровеносные капилляры; расширенные капилляры присасывают большое количество крови из легочной артерии, что сразу же изменяет и распределение крови. При устремлении большого количества крови в легкие поступление крови через боталлов проток прекращается и он спадается; запусеивается аранциев проток (рис. 46). Обогащенная кислородом кровь поступает по легочной вене в левое предсердие, затем в левый желудочек и в аорту. В сосудах пуповины исчезает пульсация. С этого момента пре-

кращается связь ребенка с материнским организмом. При установлении легочного дыхания овальное отверстие закрывается и, таким образом, левое предсердие полностью отделяется от правого.

Глава IV

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В СВЯЗИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

В течение беременности во всех органах и системах организма женщины происходят большие изменения.

Клетки плодного яйца по сравнению с другими клетками животного организма обладают исключительной способностью к размножению. Столь быстрый рост клеток возможен лишь при постоянной доставке необходимого количества питательных веществ. На протяжении внутриутробного развития плод извлекает из организма матери необходимые для него питательные вещества, которые предварительно подвергаются уже в плаценте, а в дальнейшем и в организме плода соответствующей ферментативной переработке до такого состояния, в каком они оказываются пригодными для усвоения. Одновременно конечные продукты обмена поступают от плода в материнский организм. Таким образом, организм беременной женщины, помимо удовлетворения обычных запросов, должен в достаточной степени накапливать и снабжать питательными материалами растущий плод, обезвреживать и выводить конечные продукты как собственного обмена, так и обмена веществ плода.

Все это представляет большую и весьма сложную работу для организма беременной женщины, в жизнедеятельности которого при этом отмечаются значительные изменения.

Во время беременности функции каждого органа и всего организма в целом могут быть напряжены до максимальной степени, и при отсутствии надлежащего режима (правильного питания, работы, отдыха) течение беременности может иногда из нормального перейти в болезненное (патологическое).

Поэтому советы, которые даются беременной, должны основываться на особенностях состояния ее организма, состояния ее нервной системы, что определяется подробными повторными обследованиями женщины в консультации и патронажем на дому на протяжении всей беременности.

ОБМЕН ВЕЩЕСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

С наступлением и дальнейшим развитием беременности отмечаются значительные изменения в обмене веществ женщины. В регуляции обмена веществ при беременности участвует весь организм беременной в его взаимной связи с организмом плода и в неразрывной связи с окружающей средой. Течение обменных

процессов в организме определяется, регулируется нервной системой и прежде всего центральной нервной системой, ее высшим отделом — корой головного мозга.

Большой расход питательных веществ и накопление их для растущего плода значительно повышают во время беременности процессы ассимиляции. Повышенная ассимиляция ведет к увеличению продуктов диссимиляции — углекислоты, азотистых соединений.

Последнее обстоятельство предъявляет к организму беременной также высокие требования, так как образующиеся продукты диссимиляции необходимо нейтрализовать, обезвреживать и выводить из организма.

Белковый обмен иначе называют азотистым; по количеству азота, введенного с пищей в организм и выведенного из организма, судят об энергии белкового обмена.

Поступающие с пищей белки подвергаются расщеплению; главная часть расщепленных белков идет на построение собственных белков организма. Расщепление белка до конечных продуктов его обмена происходит не сразу; имеется ряд промежуточных продуктов. Многие из промежуточных продуктов расщепления белка, если дальнейшее расщепление их почему-либо задерживается или они своевременно не выводятся, оказываются «ядовитыми» для организма, с чем в отдельных случаях может быть связано появление у беременной тошноты и рвоты.

Во второй половине беременности в организме отмечается накопление белковых веществ. Значительная часть белка идет на построение органов и тканей плода, быстро растущего во второй половине беременности; остальная часть белковых веществ расходуется на рост матки, молочных желез. При нормальном течении беременности и после покрытия указанных расходов в организме беременной остается избыток белковых веществ, образуется своего рода «резервный фонд», который в дальнейшем покрывает расход белковых веществ при родах и в первое время при кормлении грудью.

Однако при поступлении с пищей слишком большого количества белковых веществ возникает опасность перегрузки организма продуктами неполного их расщепления.

Учитывая, что при беременности наблюдаются подобные нарушения белкового обмена, следует тщательно наблюдать за состоянием беременной и там, где это необходимо, регулировать потребление белков с пищей.

Углеводный обмен. Потребляемые с пищей углеводы представляют главную массу «горючего» материала в организме. Запасы этого «горючего» откладываются и хранятся в виде гликогена преимущественно в печени и в мышцах.

Во время беременности происходит обильное отложение гликогена в печени, в материнской части плаценты, в отпадающей оболочке и в зародыше.

В самые ранние сроки беременности обнаруживается иногда присутствие сахара в моче, особенно при обильном потреблении углеводов с пищей. Зависит это от повышенной проницаемости во время беременности почечного эпителия для углеводов, почему это явление и называют физиологической, или почечной, гликозурией. Содержание сахара в крови при этом нормальное. Описанная гликозурия не имеет ничего общего с патологической гликозурией, которая наступает при диабете. Однако при обнаружении в моче беременной сахара необходимо провести подробное обследование, чтобы не проглядеть диабета.

Жировой, или липоидный, обмен во время беременности повышен. Отмечается обильное отложение жировых веществ в клетках надпочечников, плаценты, а в конце беременности — в молочных железах. Повышенное содержание жировых веществ отмечается и в крови.

Избыточно поступающий с пищей жир целиком не сгорает и, не ассимилируясь, откладывается в организме в виде жирового резерва. Расщепление жиров в организме до их конечных продуктов идет постепенно через ряд промежуточных продуктов. Конечными продуктами жирового обмена являются углекислота и вода. Появление в моче беременной продуктов неполного расщепления жиров (ацетона, ацетоуксусной кислоты) свидетельствует о нарушении нормального течения процессов окисления жиров в организме. В подобных случаях необходимо, наряду с некоторым ограничением поступления жиров с пищей, увеличить поступление углеводов и внимательно наблюдать за состоянием беременной. Введение с пищей углеводов способствует исчезновению ацетона и ацетоуксусной кислоты из мочи. Стойкое содержание в моче указанных продуктов неполного обмена угрожает здоровью и даже жизни беременной.

Минеральный обмен. Минеральные соли необходимы для построения скелета и других элементов плода. Источником солей для клеточных элементов и жидких сред организма являются пищевые вещества. Наиболее важными являются соли кальция (известь), натрия (поваренная соль), калия, магния, железа, фосфорной кислоты.

Кальций в виде фосфорнокислой и углекислой извести составляет основу костного скелета. Во время беременности кальций расходуется главным образом на построение скелета плода; за период внутриутробного существования плоду необходимо приблизительно до 30 г кальция. Во время беременности отмечается задержка в организме вводимого с пищей кальция.

Если поступление солей кальция с пищей оказывается недостаточным или если в организме нарушена регуляция кальциевого обмена, то на плод может расходоваться кальций из извести костной ткани матери.

Такое «кальциевое голодание» беременной может привести иногда к обеднению костной ткани женщины кальцием, а при

значительной декальцинации к начальным формам так называемой остеомалации. Пониженным содержанием кальция объясняют усиливающиеся кариозные поражения зубов, повышенную нервную возбудимость и ряд токсических явлений, иногда наблюдаемых во время беременности.

Фосфор. Обмен фосфорной кислоты в организме происходит параллельно с кальциевым обменом; во время беременности отмечается задержка фосфора, поступающего с пищей, уменьшается выделение его с мочой. Фосфорная кислота расходуется главным образом на построение скелета плода и его нервной ткани.

Из сказанного следует, насколько важно при беременности употреблять в пищу продукты, богатые кальцием, например, коровье масло, свежий творог, молоко, морковь. В некоторых случаях уместно давать беременным соли кальция в виде углекислого и фосфорнокислого кальция.

Натрий содержится в виде хлористых солей приблизительно равномерно во всех тканях организма. Накопление солей натрия происходит главным образом за счет вводимой с пищей поваренной соли. Удаляются соли натрия преимущественно с мочой и потом.

Существует зависимость между количеством хлоридов в организме и содержанием воды: задержка хлоридов влечет за собой задержку воды в организме, иногда с образованием отеков; накопление жидкости в организме в свою очередь задерживает хлориды.

При нарушении деятельности почек во время беременности нормальное выведение хлоридов нарушается.

При задержке жидкости в организме (пониженный суточный диурез), при появлении у беременной отеков, связанных с указанной причиной, необходимо ограничить потребление с пищей хлоридов, а равно и воды; в подобных случаях назначают бессолевую диету.

Железо встречается в организме в виде органических соединений. Оно находится в соединении с белками в печени и входит в состав гемоглобина — красных кровяных телец. В течение внутриутробной жизни плод накапливает железо и рождается с большим запасом его, сохраняющимся в клетках печени, селезенки. У новорожденного количество гемоглобина увеличено и достигает 100—120% по гемоглобинометру.

Железо во время беременности играет важную роль в развитии плода; уменьшение поступления железа с пищей ниже определенного уровня может вести к развитию гипохромной анемии у беременной, что в свою очередь может привести к смерти плода.

Газообмен. Во время беременности плод получает кислород из крови матери и выделяет обратно углекислоту, в связи с чем увеличивается потребность организма женщины в кислороде.

Поступление достаточного количества кислорода к плоду является одним из решающих факторов его развития.

Обеспечение плода необходимым количеством кислорода представляет весьма сложный процесс. Потребность плода в кислороде увеличивается по мере его роста и обеспечивается благодаря развитию приспособительных механизмов. К числу таких приспособительных факторов относится эволюция с развитием беременности строения плаценты, увеличение ее дыхательной поверхности, повышение процента гемоглобина в эритроцитах плода и некоторые другие. Приблизительно на четвертом месяце беременности в строении ворсины плаценты происходят изменения, в результате которых создается более тесный контакт между кровью матери и плода, что облегчает газообмен в плаценте.

Важным условием для обеспечения плода кислородом является увеличение с течением беременности сети капилляров ворсин, что увеличивает площадь газообмена в плаценте. Благоприятствующим условием является и увеличение массы крови беременной при увеличении сосудистой сети и общего количества циркулирующей крови в беременной матке и особенно ускорение кровотока в сосудах матки.

Наряду с упомянутыми выше условиями, возрастающая потребность плода в кислороде обеспечивается развитием дыхательной функции крови плода, повышением способности гемоглобина плода захватывать кислород из крови матери.

Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина, повышение сродства гемоглобина крови плода к кислороду и ускорение циркуляции крови плода способствуют максимальному использованию кислорода материнской крови, протекающей через плаценту.

Это тем более важно, что из всей массы кислорода, поступающего с материнской кровью к плаценте, значительная часть поглощается тканями самой плаценты и матки.

Приведенные данные свидетельствуют, насколько сложен газообмен между матерью и плодом и вместе с тем, насколько необходим кислород для нормального течения беременности и нормального развития плода.

Недостаточное поступление кислорода в организм матери угрожает жизни плода.

В своих исследованиях В. И. Бодяжина показала, что плод чрезвычайно чувствителен к кислородному голоданию и к другим изменениям среды, неизбежно связанным с кислородным голоданием матери. Вызванные аноксией изменения в организме матери, изменения в матке, в плаценте нарушают питание плода и выведение продуктов его обмена.

Кислородное голодание матери в разные сроки беременности по-разному сказывается на состоянии плодного яйца. Так, кислородное голодание матери в самые ранние сроки беременности, в период дробления яйца, может не сказаться пагубно на дальнейшем развитии плода, в то время как кислородное голодание матери в период образования зародышевых листков и зачатков органов плода прекращает его развитие или вызывает нарушения в образовании органов, что обычно приводит к гибели плода.

Кислородное голодание задерживает развитие плаценты, что в свою очередь нарушает газообмен, питание и выведение продуктов обмена плода. Изменения, возникающие при кислородном голодании в организме матери, вызывают иногда отставание роста плода и замедление развития его органов.

Все это указывает, насколько условия среды имеют решающее значение для развития плода.

С первых дней беременности и вплоть до рождения ребенка беременная нуждается в постоянном притоке достаточного количества кислорода (свежий воздух, длительное пребывание на воздухе — в лесу, в поле).

Водный обмен. Во время беременности и особенно к концу ее отмечается задержка воды в тканях, прежде всего в тканях матки, влагалища, плаценты и организме плода. Способность задерживать воду повышена во всех тканях организма, что до известной степени связано с повышением сосудистой проницаемости и образованием тканевого ацидоза при беременности. Пока задержка воды не превышает известных пределов, можно говорить до некоторой степени о «физиологической» отечности. С внешней стороны эта незначительная отечность обнаруживается часто в области передней поверхности голени, лодыжек, брюшной стенки.

Отеки, где бы и в какой бы незначительной степени они ни обнаружились, должны привлечь внимание акушерки. Нередко незначительная вначале отечность быстро затем переходит в большой отек вплоть до развития водянки, угрожающей здоровью и жизни матери и плода. При склонности к увеличению отечности необходимо ограничить введение жидкости и хлоридов и вести внимательное наблюдение за беременной (в стационаре).

Взвешивание беременной. Чтобы во-время уловить задержку жидкости в тканях, надо, помимо внимательного систематического осмотра беременной, взвешивать ее. Взвешивать женщину следует раздетой, оставляя на ней только рубашку; предварительно беременная должна помочиться. В день взвешивания у беременной должен быть стул, самостоятельный или после клизмы.

Вес беременной в первые недели беременности не нарастает, а иногда даже несколько падает, особенно при наличии тошноты и рвоты. Начиная с IV месяца, отмечается прибавка в весе. За весь период беременности женщина прибавляет в весе в среднем 10 кг (включая вес плода, околоплодных вод и плаценты).

Начиная с 26-й недели беременности, прибавка в весе еженедельно достигает 400 г. В течение последних 2—3 месяцев нормальная прибавка в весе не должна превышать 300—400 г в неделю; если прибавка выше, значит, в течении беременности имеются те или иные патологические отклонения. За 3—4 дня до родов вес обычно падает в среднем на 1 кг, что связано с потерей воды тканями.

Ацидоз. В тканях организма в обычных условиях существуют строго определенные соотношения между кисло и щелочно реагирующими веществами. Большинство органов имеет слабо щелочную реакцию. В мышечной ткани при физиологических условиях (при работе) создается преходящая кислая реакция за счет на-

копления молочной кислоты, образующейся при расщеплении углеводов.

Вследствие задержки подлежащих выведению из организма продуктов обмена реакция в отдельных участках может изменяться и становиться из слабо щелочной слабокислой. Такое состояние называют ацидозом (от латинского *acidum* — кислота). Следует отметить, что изменение реакции относится преимущественно к тканям (тканевой ацидоз), в крови же реакция почти не изменяется. В крови имеются особые вещества, называемые *буферами*; они нейтрализуют избыток кислот и способствуют сохранению в определенных пределах обычной реакции крови.

Во время беременности накопление в тканях организма продуктов неполного расщепления белков, жиров и углеводов, задержка углекислоты ведут к образованию тканевого ацидоза, а это влечет задержку воды тканями.

Если расщепление указанных веществ в организме доходит до конца, если в организме задерживается очень мало промежуточных продуктов обмена, если, наконец, способность организма к нейтрализации образующихся кислых продуктов достаточно высока, то будет слабо выраженный, не угрожающий ни матери, ни плоду ацидоз, как это и бывает при нормально протекающей беременности.

Если же при беременности способность к нейтрализации промежуточных продуктов обмена понижена или истощена, то накопление этих продуктов возрастает и приводит к заметному нарушению кислотно-щелочного равновесия в сторону повышения кислотности, т. е. к выраженному тканевому ацидозу. При этом в подобных случаях отмечаются значительные отеки, нарушение нормального кровообращения, повышенное артериальное давление, а в моче определяется значительное количество белка, одновременно может обнаружиться ряд токсических проявлений.

Одной из причин, способствующих развитию ацидоза в организме беременной, является неполное сгорание жиров. Учитывая, что углеводы благоприятствуют сгоранию жиров, как говорят, «жиры сгорают в огне углеводов», в подобных случаях вводят с пищей или иным путем (внутривенное введение 40% раствора глюкозы) большие количества углеводов, чем удастся до некоторой степени уменьшить ацидоз.

Витаминный обмен. Рядом исследований установлено, что растущий плод требует большого количества витаминов. Большую часть витаминов плод получает из организма матери через плаценту.

При беременности у женщин количество витаминов уменьшается. При недостаточном поступлении витаминов в организм беременной у нее развивается состояние, которое носит название гиповитаминоза, а в более тяжелых случаях — авитаминоза.

При гиповитаминозе, а тем более при авитаминозе, чаще наблюдаются токсикозы беременности, преждевременные роды, кро-

вотечения во время родов, слабая родовая деятельность. Гиповитаминоз и авитаминоз плохо отражаются на состоянии плода (повышенная ломкость его сосудов) и на дальнейшем его развитии.

Дети, родившиеся слабыми, с признаками рахита, в значительной степени обязаны этим гиповитаминозу матери.

Наиболее важны для организма беременной витамины А, В₁, С, D и Е. При рациональном питании беременной эти витамины поступают с пищей. Так, витамином А богато молоко, сливочное масло, печень рыб; в моркови содержится каротин, превращающийся в организме в витамин А; витамином В₁ богаты дрожжи, ржаной хлеб; витамином С — шиповник, черная смородина; витамином D — сливочное масло, рыбий жир, яичный желток; витамином Е — рис, льняное масло, салат, свежие и сушеные зеленые овощи.

Недостаток витаминов в пище беременной можно пополнить препаратами или концентратами витаминов.

Насыщение организма беременной витаминами создает наиболее благоприятные условия для нормального течения беременности и родов, для внутриутробного и последующего развития плода.

Изучение характера обмена веществ во время беременности показывает, что интенсивность его значительно повышается. Чтобы сохранить при этом организм матери в нормальном состоянии «физиологического равновесия», необходима регуляция обмена, что, наряду с другими моментами (свежий воздух, режим труда и отдыха, благоприятная окружающая обстановка), в известной степени зависит от количества и качества пищи, употребляемой во время беременности.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОТДЕЛЬНЫХ ОРГАНАХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

К каждому органу, к каждой системе организма предъявляются повышенные требования, вследствие чего в строении и функции их при беременности отмечаются некоторые изменения.

Изменения в половых органах

Влагалище. Слизистая оболочка влагалища вследствие усиленного кровенаполнения сосудов становится сочной, бархатистой, приобретает синюшную окраску. Синюшность с каждым месяцем беременности становится сильнее, и к концу беременности слизистая оболочка влагалища приобретает у некоторых женщин темносине-фиолетовую окраску. Несколько увеличивает количество влагалищных выделений. Синюшная окраска слизистой оболочки влагалища появляется уже с первых недель беременности — это один из вспомогательных признаков при установлении диагноза беременности.

Матка сочная, набухшая уже в предимплантационной фазе, с момента оплодотворения и особенно с момента имплантации яйца начинает заметно увеличиваться, что продолжается в течение всей беременности. В первой половине беременности она увеличивается преимущественно за счет разрастания тканевых элементов матки, а во второй половине беременности — за счет растяжения ее полости. Рост матки с первых же дней и недель беременности связывают не только с изменением деятельности гипофиза и яичников, но и с рефlekсами, идущими с рецепторов матки, возбуждаемых растущим плодным яйцом (Н. Л. Гармашева).

Слизистая оболочка матки превращается в отпадающую оболочку (decidua), толщина которой в первые дни беременности достигает 1 см вместо обычных 1—2 мм. В дальнейшем отпадающая оболочка, как выше было указано, истончается.

Мышечный слой матки значительно разрастается отчасти за счет увеличения количества мышечных волокон (гиперплазия), отчасти за счет увеличения размеров мышечных волокон (гипертрофия). Мышечные волокна удлиняются в 10 раз и утолщаются в 5 раз по сравнению с волокнами небеременной матки. Благодаря гипертрофии и гиперплазии мышечных элементов стенка матки в первые месяцы беременности значительно утолщается.

Соединительная ткань матки между мышечными пластами пропитывается серозной жидкостью и становится отечной.

К концу IV месяца беременности толщина стенок матки достигает 2 см, а в последующие месяцы стенки несколько истончаются.

Шейка матки в течение беременности становится сочнее. До IV месяца беременности плодное яйцо занимает только полость матки. С IV месяца значительно увеличившееся плодное яйцо обуславливает раскрытие перешеечной части шейки. С этого срока перешеек начинает постепенно растягиваться и к концу IV месяца включается вместе с полостью матки в общее плодовместилище. Перешеечная часть теперь вместе с частью нижнего отдела тела матки образует, как уже указывалось (стр. 23), нижний сегмент матки. Остальная часть шейки матки сохраняется в течение всей беременности и исчезает (сглаживается) лишь во время родов.

Дальнейшее, с V месяца беременности, увеличение матки идет за счет растяжения ее полости растущим плодным яйцом, что ведет к истончению стенок матки. Стенки матки к концу беременности истончаются до 1 см, а в некоторых местах и до 0,5 см. Длина полости матки, соответствующая в небеременном состоянии 6—7 см, к концу беременности достигает 35—37 см, т. е. увеличивается в 5—6 раз. Вес матки (без плодного яйца) к концу беременности увеличивается с 50 до 1 000 г, т. е. в 20 раз. Расстояние между трубными углами (поперечник дна матки) увеличивается с 3—4 до 25 см. Вместимость полости матки к концу беременности увеличивается в 500 раз.

У первобеременных женщин внутренний (гистологический) и наружный зев шейки матки остаются закрытыми до конца беременности; у повторнородящих женщин канал шейки матки уже в последние недели беременности проходим для одного пальца.

Начиная с V месяца беременности, мышечные волокна шейки матки частично атрофируются, исчезают. К концу беременности в толще стенок шейки матки образуется много расширенных венозных полостей; строение ткани шейки матки в это время приобретает характер пещеристого тела. Этим объясняется до некоторой степени, почему кровотечение при разрыве шейки матки достигает значительных размеров и бывает нередко угрожающим для жизни.

Слизистая оболочка канала шейки матки также подвергается изменениям во время беременности, однако по сравнению с изменениями в полости матки в шейке они выражены значительно слабее: разрастаются железы слизистой оболочки шейки; выделяемая железами слизь во время беременности становится особенно тягучей и вязкой; она заполняет шеечный канал, образуя своего рода слизистую пробку. Кровеносные сосуды шейки матки расширяются и переполняются кровью.

С беременностью изменяется и форма матки. В первые месяцы беременности матка асимметрична, так как участок, соответствующий месту прикрепления яйца, обычно выступает больше и сравнительно легко определяется при исследовании.

С IV месяца беременности матка округляется, а в дальнейшем принимает яйцевидную форму.

С увеличением размеров матки сеть ее кровеносных и лимфатических сосудов увеличивается, что ведет к обогащению матки кровью и лимфой. Кровеносные сосуды штопорообразно извиваются по бокам матки, отдавая по всей длине поперечно идущие ответвления (рис. 47). Считается, что количество крови, притекающей к матке в конце беременности, в 5 раз больше количества крови, притекающей к небеременной матке. Расширяется и сеть лимфатических сосудов.

Нервные волокна и нервные узлы матки увеличиваются в размерах. Маточные трубы во время беременности утолщаются и вытягиваются.

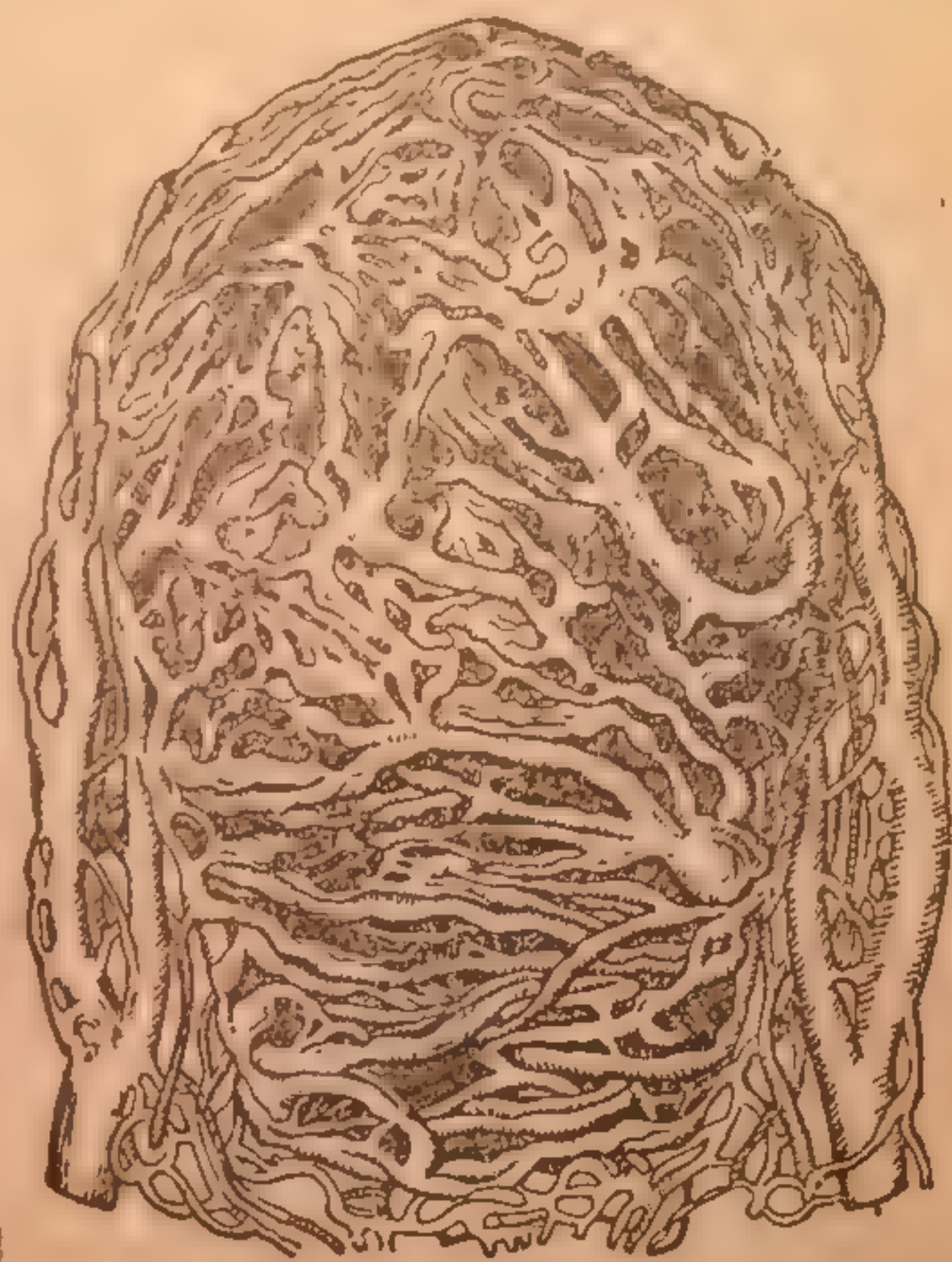


Рис. 47. Артериально-венозная сеть беременной матки.

Серозный покров матки — брюшина, ее покрывающая, утолщается и разрыхляется.

Удлиняются и утолщаются связки матки; к концу беременности нередко удается прощупать через брюшную стенку утолщенные и натянутые круглые связки, особенно левую. Иногда у беременной отмечается болезненная чувствительность по ходу круглых связок. Это связано не только с их растяжением, но и с набуханием. Гипертрофия связочного аппарата матки, особенно же круглых маточных связок, играет большую роль в поддержании матки в определенном положении во время беременности и родов. В начале беременности матка усиленно перегибается вперед (резкая ante flexio), в дальнейшем выпрямляется и прилегает своей передней стенкой к брюшной стенке.

Яичники с наступлением беременности незначительно увеличиваются. В одном из яичников содержится развивающееся желтое тело, величина которого достигает 1 см в диаметре; желтое тело продолжает существовать в течение всей первой половины беременности, а затем постепенно увядает.

Изменения в мочевых органах

Почки во время беременности выполняют большую работу; значительно повышается функция эпителия извитых канальцев. Большая нагрузка, выпадающая на долю почек во время беременности, объясняет, почему в это время и в здоровых почках изменения встречаются чаще, чем в другом каком-либо органе. Нередко при беременности, особенно к концу ее, в моче появляются следы белка. Эта ничтожная альбуминурия при отсутствии надлежащего режима в питании может незаметно перейти в серьезное заболевание.

Растущая беременная матка оказывает давление на соседние органы. В первые месяцы беременности это давление незначительно сказывается и на мочевом пузыре, вызывая учащенное мочеиспускание; симптом этот сравнительно часто наблюдается при беременности, что позволяет рассматривать его, наряду с другими симптомами, как один из вероятных признаков беременности.

В конце беременности, когда головка плода опускается низко, явления со стороны растянутого мочевого пузыря более значительны; помимо учащенных позывов к мочеиспусканию, у некоторых женщин к концу беременности наблюдается непроизвольное выделение мочи при кашле, чихании.

Иногда головка плода, плотно прилегая ко входу в таз, сдавливает проходящие здесь мочеточники, что создает некоторое препятствие для нормального оттока мочи. Такое сдавление может вести к застою мочи в верхних отрезках мочеточников и в почечных лоханках, в результате чего у беременных может иметь место расширение мочеточников и почечных лоханок. При беременности значительно ослабевает тонус мочеточни-

ков, нередко отмечается расширение их в ранние сроки беременности, что ведет к замедлению оттока мочи. Если к этому присоединяется инфекция, то сравнительно легко развивается воспаление почечных лоханок (пиелит).

Изменения в пищеварительных органах

У большинства женщин с наступлением беременности наблюдается более или менее выраженная тошнота, иногда рвота, а у некоторых слюнотечение.

Обычно эти явления начинаются со II месяца беременности и при правильном режиме и питании прекращаются уже в первой половине беременности.

Со стороны кишечника отмечается гипотония его, чем отчасти могут быть объяснены запоры, встречающиеся иногда в начале беременности.

Растущая беременная матка оттесняет петли толстых кишок вверх и в стороны. В дальнейшем оттесняется кверху и желудок; частично матка оказывает давление и на печень, затрудняя несколько отток желчи.

Во время беременности значительно повышается функция печени — органа, участвующего во всех видах обмена.

Изменения в дыхательных органах

Легкие во время беременности работают с большой нагрузкой в связи с потреблением большого количества кислорода и выведением повышенного количества углекислоты. В последние месяцы беременности, вследствие значительного увеличения размеров матки, несколько расширяется нижний отдел грудной клетки, оттесняется кверху диафрагма, легкие несколько поджимаются. Экскурсия легких в последние месяцы беременности затруднена, но газообмен в легких изменяется мало (за счет учащенного дыхания). Слизистая оболочка бронхов во время беременности находится в состоянии усиленного кровенаполнения и слегка отечна, почему грипп и различные заболевания дыхательных путей во время беременности особенно опасны.

Изменения в сердечно-сосудистой системе

Сердце. Увеличение сети кровеносных сосудов матки (стр. 87), наличие дополнительного плацентарного кровообращения, смещение сердца приподнимающейся диафрагмой — все это затрудняет кровообращение и требует от сердца усиленной работы. Указанное обстоятельство ведет к частичной гипертрофии сердечной мышцы, что повышает функциональную способность сердца.

Вследствие значительных функциональных изменений в организме беременной женщины, а также застойных явлений в малом

тазу, иногда отмечается расширение вен нижнего отдела брюшной полости, геморроидальных вен и вен нижних конечностей. Некоторые авторы склонны рассматривать это расширение вен как своеобразное проявление токсикоза беременности.

Значительно повышается, особенно во второй половине беременности, проницаемость стенок капилляров. Этим отчасти объясняются наблюдаемые у беременных отеки на ногах.

Артериальное давление в первой половине нормально протекающей беременности не изменяется; к концу беременности артериальное давление обычно повышается лишь незначительно, у молодых женщин колеблясь в пределах 125—130 мм (максимальное) и 75—80 мм (минимальное). Чтобы правильно судить об изменении артериального давления, надо знать исходное, а для этого необходимо наблюдать женщину с первых недель беременности и повторно измерять артериальное давление.

Изменения крови

Кровь. Во время беременности отмечается некоторое (на 0,5 л) увеличение общего количества крови, изменяется морфологический и биохимический состав крови; отмечается некоторое увеличение количества элементов белой крови (лейкоцитоз), ускоряется РОЭ. Плазма крови беременной содержит большое количество липоидных веществ, в крови больше ферментов и гормонов — фолликулярный гормон, гормон желтого тела, пролан. Повышенным содержанием в крови липоидных веществ объясняется то обстоятельство, что беременные и роженицы легко и быстро засыпают от небольших доз ингаляционного наркоза.

Изменения в нервной системе

Изменения со стороны нервной системы в период беременности еще недостаточно изучены; исследованием этого вопроса заняты в настоящее время советские акушеры-гинекологи и физиологи.

Во время беременности отмечается сонливость, вялость кишечника и мочеточников, повышенная реактивность нервной системы (повышенная раздражительность, более легкая ранимость психики), почему к беременной требуется более чуткий и бережный подход.

Иногда во время беременности появляются вкусовые извращения (желание есть мел, уголь).

Функция коры головного мозга, характер течения в ней основных нервных процессов — возбуждения и торможения — оказывают огромное влияние на весь организм беременной и рожавшей женщины. Особенности течения этих процессов играют существенную роль как при нормально-физиологическом состоянии, так и в возникновении патологии при беременности и

в родах. К концу беременности начинают преобладать процессы торможения в коре головного мозга и связанное с ними растормаживание подкорки. Это ведет к повышению рефлекторной возбудимости нижележащих отделов центральной нервной системы, к усилению рефлексов от импульсов, исходящих со стороны внутренних органов, в том числе и матки.

Изменения в молочных железах

Молочная железа состоит из нескольких (15—20) отдельных долек, которые по внешнему виду напоминают виноградную кисть. Выводные протоки каждой долики открываются наружу в соске.

С достижением половой зрелости начинается заметный рост и развитие молочных желез; в них обильно развивается жировая ткань, окружающая отдельные развивающиеся долики железы.

Сосок расположен в центре молочной железы. Вследствие отложения пигмента в коже соска последний имеет коричневый цвет. По величине и форме соски бывают различные; нормальным считается сосок, достаточно возвышающийся над поверхностью молочной железы.

Между ростом и развитием молочных желез и функцией яичников существует теснейшая взаимная связь. С наступлением половой зрелости, т. е. овуляции и менструации, молочные железы начинают быстро развиваться.

Особенно увеличиваются молочные железы во время беременности. С первых дней беременности молочные железы становятся напряженными, иногда в них ощущается легкое покалывание. Со II месяца беременности в молочных железах появляется молозиво, которое удастся даже выдавить; со второй половины беременности молозиво иногда выделяется самопроизвольно. Наряду с усилением пигментации соска и околососкового кружка, во время беременности по краям последнего выступают в виде мелких бугорков добавочные железки — монгомеровы железы.

Увеличивается количество железистых долек и объем каждой долики. Увеличение массы молочной железы во время беременности происходит главным образом за счет отложений в ней жира.

Изменения в коже

У женщин с мало эластичными тканями нередко наблюдается расхождение волокон глубоких слоев кожи, чаще всего на передней брюшной стенке. Соответственно в разошедшихся местах в свежем состоянии отмечается синевато-красная окраска, что зависит от просвечивания кровеносных сосудов сквозь поверхностный слой кожи; это *striae gravidarum* (рис. 48), или, как их

не совсем правильно называют, рубцы беременности. Впоследствии, после родов, эти места становятся белыми, блестящими.

Striae gravidarum образуется не только в коже живота, но иногда и в коже бедер и молочных желез. У женщин, систематически занимающихся гимнастикой, *striae gravidarum* наблюдается редко.

Во время беременности в тканях брюшной стенки отмечаются морфологические изменения в виде отека и инфильтрации соединительнотканых элементов, уплощение эпидермиса и некоторые другие; отмечаются изменения в волокнах нервной системы, иннервирующей ткани брюшной стенки, характера дегенерации нервных волокон (И. Т. Мильченко).

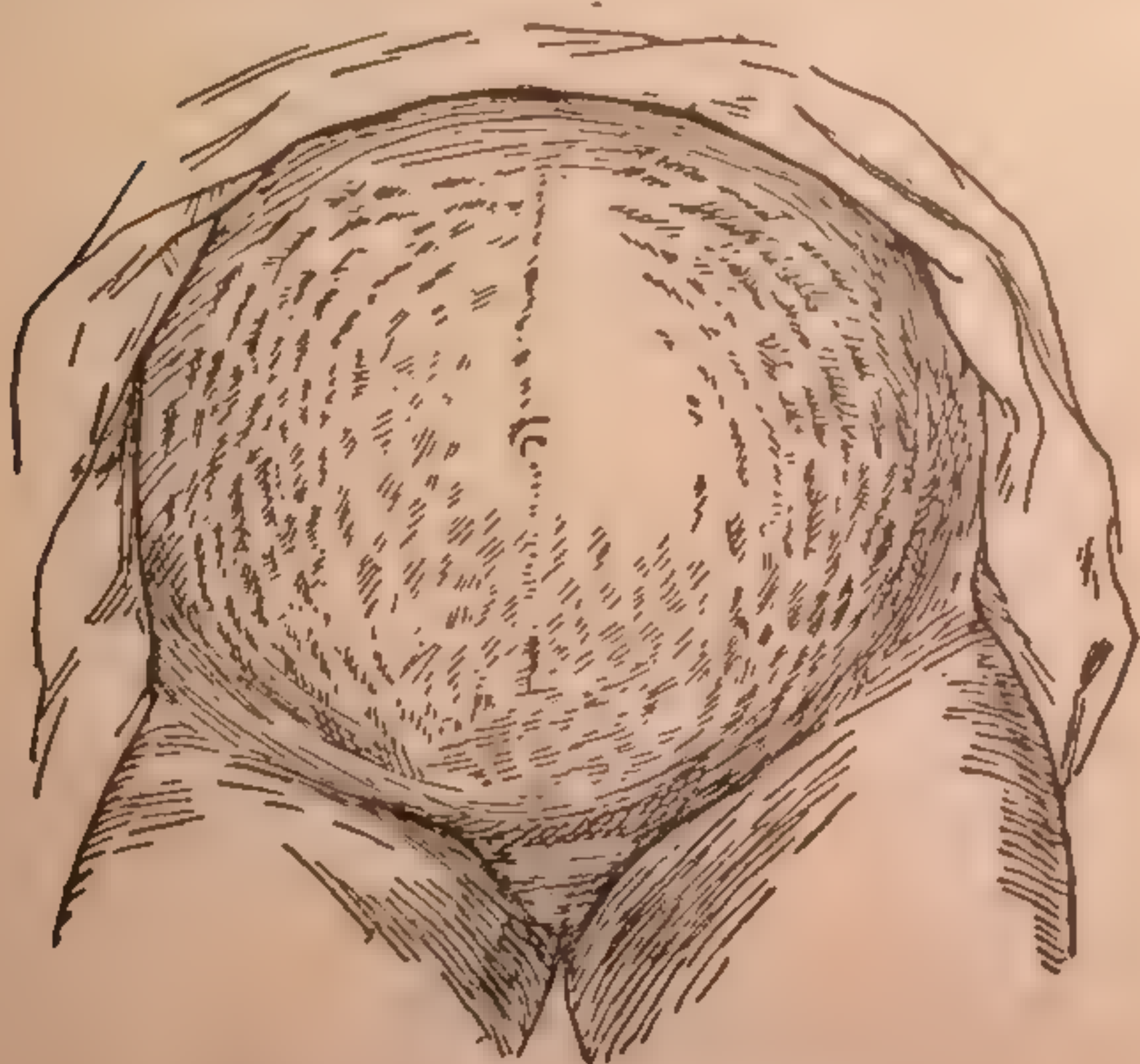


Рис. 48. *Striae gravidarum*.

а в поздние сроки беременности — и выше пупка; особенно резко бывает выражено это потемнение у брюнеток. У первобеременных женщин пигментация белой линии живота является одним из вероятных признаков беременности.

Пигментация отмечается на сосках и вокруг сосков, на коже молочных желез и особенно часто на лице — здесь эти пятна носят даже название маточных (*chloasma uterinum*).

Вначале эта пигментация светложелтая, позднее она приобретает коричневую и иногда темнокоричневую окраску.

Эту пигментацию связывают с происходящим во время беременности повышенным распадом эритроцитов и образованием при этом пигмента, а равно и с усиленной деятельностью коры надпочечников.

Изменения в костной системе и связочном аппарате

В костной системе при беременности отмечается некоторое обеднение известью.

Изменения в связочном аппарате заключаются преимущест-

У женщин с очень вялой мышечной системой помимо «рубцов», при беременности наблюдается иногда и значительное расхождение прямых мышц живота, в некоторых случаях достигающее до образования грыжи.

Во второй половине беременности пупок начинает постепенно сглаживаться.

При беременности отмечается потемнение (пигментация) белой линии на участке между лобком и пупком,

венно в разрыхлении суставных связок и сочленений таза (лонного и крестцово-подвздошного), что несколько увеличивает относительную подвижность костей таза и обуславливает при определенном положении роженицы некоторое увеличение размеров последнего. Иногда во время беременности наблюдаются боли в указанных сочленениях, что связано с разрыхлением и растяжением связок, расхождением сочленений, например, лонного (стр. 467), но это надо уже рассматривать как патологию. Наблюдаемые иногда после родов расхождения лонного сочленения в большинстве случаев связаны с изменениями, возникшими во время беременности.

Изменения в железах внутренней секреции

При беременности образуется новая железа внутренней секреции, функционирующая в течение первой половины беременности, желтое тело беременности. С IV месяца беременности вступает «в строй» еще один новый орган, обладающий, наряду с другими чрезвычайно важными функциями, и функцией внутренней секреции, а именно плацента. В яичнике под влиянием тормозящего действия гормонов желтого тела на все время беременности прекращается овуляция. Включение во время беременности указанных новых желез в общую систему желез внутренней секреции оказывает свое влияние на последние, равно как и на общее состояние беременной. В некоторых железах, наряду с изменением их деятельности, отмечаются и анатомические изменения.

Яичник. В нем во время беременности, как отмечалось выше, разрастается и функционирует желтое тело. Гормоны желтого тела способствуют понижению возбудимости маточной мускулатуры, накоплению веществ, необходимых для питания эмбриона, и тормозят наступление овуляции во время беременности.

Плацента среди ее многочисленных функций (стр. 72) выполняет и функцию железы внутренней секреции. В плаценте человека содержатся гормоны, подобные гормонам гипофиза человека (хориальный гонадотропин) и яичника. Гормоны плаценты в ранние сроки беременности понижают чувствительность матки к различным раздражителям и подавляют сократительную деятельность ее, способствуя тем самым сохранению и продолжению беременности. Наоборот, в более поздние сроки беременности гормоны плаценты способствуют повышению возбудимости мускулатуры матки, повышению ее чувствительности к различным веществам, вызывающим сокращения матки. Гормоны плаценты в организме матери и плода принимают активное участие и в общей регуляции обмена веществ во время беременности.

Гипофиз. Функция его клеток во время беременности значительно повышается. Значительно увеличивается передняя доля гипофиза, в ней появляются даже особые так называемые клетки беременности, исчезающие после родов. Образует-

ся и большее количество гормонов передней доли гипофиза (пролан), которые оказывают влияние на развитие беременности и на весь внешний вид беременной. Наблюдаемые иногда при беременности одутловатость носа и утолщение губ приписывают повышенной функции гипофиза.

Значительно усиливается и жизнедеятельность клеток задней доли гипофиза; в организме накапливается питуитрин, что с увеличением срока беременности способствует повышению возбудимости маточной мускулатуры.

Щитовидная железа увеличивается. Если эта железа еще до беременности была увеличена, как, например, при базедовой болезни, с беременностью она иногда увеличивается еще больше, что ухудшает состояние больной и требует соответствующего лечения, а в некоторых случаях является показанием к прерыванию беременности.

Околощитовидные железы играют большую роль в кальциевом обмене. При недостаточной функции этих желез, при обеднении крови солями кальция во время беременности отмечается повышенная возбудимость нервной системы, иногда появляются судорожные сокращения мышц тетанического характера.

Надпочечники увеличиваются за счет утолщения их коры; во время беременности в них накапливается большое количество жировых веществ (холестерин). Появляющуюся при беременности пигментацию различных участков кожи туловища и лица приписывают в некоторой степени повышенной деятельности коры надпочечников.

Описанные изменения в органах и системах органов, изменения в обмене веществ свидетельствуют о том, что при беременности в усиленную работу вовлекаются не только половые органы, но и весь организм женщины в целом.

Все отмеченные при беременности изменения представляют собой реакции целостного организма при активном, регулирующем участии в них центральной нервной системы. «Нужно полагать, — пишет К. М. Быков, — что нет реакции целого организма на воздействие внешней или внутренней среды, в которой не участвовала бы кора головного мозга»¹.

Несмотря на грандиозность указанной перестройки, здоровый организм женщины при правильном режиме (рациональное питание, труд и отдых) прекрасно справляется с запросами, предъявляемыми к нему во время беременности.

Описанные изменения функций органов и систем во время беременности следует рассматривать как своего рода мобилизацию физиологических способностей организма. Для здоровой женщины с функционально полноценными высшими регуляторными механизмами беременность является фактором, оздоравливающим организм.

¹ К. М. Быков, Кора головного мозга и внутренние органы, 1947, стр. 155.

Вместе с тем все описанные явления свидетельствуют, что организм женщины во время беременности находится в состоянии большого напряжения. Интенсивность описанных изменений особенно нарастает к концу беременности. Это состояние так называемого физиологического равновесия при несоблюдении соответствующего режима (питание, отдых, профилактические мероприятия) сравнительно легко может нарушиться, и тогда беременность из физиологического состояния может перейти в патологическое, требующее соответствующего лечения.

Изучение состояния здоровья каждой беременной женщины с первых дней беременности дает возможность не только своевременно заметить уже появившиеся отклонения от нормального течения беременности, но, что значительно важнее, предвидеть в каждом отдельном случае возможность наступления тех или иных отклонений. Последнее позволяет своевременно проводимыми профилактическими и лечебными мероприятиями предупредить наступление возможной патологии.

Глава V

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под методикой исследования подразумевают последовательность, в которой проводится обследование беременной, и те способы исследования, какими при этом пользуются.

При исследовании женщины, обратившейся по поводу беременности, надо:

1) установить наличие беременности, определить срок беременности и срок предстоящих родов;

2) определить положение и состояние плода и выявить, нет ли препятствий в тазу (узкий таз, опухоли, аномалии развития), могущих неблагоприятно повлиять на течение и исход родов;

3) выяснить, не было ли раньше у беременной заболеваний, которые могут неблагоприятно влиять на течение беременности и родов;

4) выяснить состояние здоровья беременной, установить, не больна ли она в данный момент.

Это позволяет в случае необходимости своевременно принять меры к сохранению здоровья беременной и ее будущего ребенка.

Опрос беременной. В карту беременной или в историю родов записывают фамилию, имя, отчество, возраст, профессию, условия труда и адрес беременной. Одновременно выясняют социальное положение беременной, ее семейные и бытовые условия.

Затем переходят к настоящей беременности и выясняют:

а) какая по счету настоящая беременность и какие по счету предстоящие роды;

б) когда была последняя менструация (первый день последней менструации), сколько дней она продолжалась;

в) когда беременная почувствовала первое шевеление плода;

г) как протекала и протекает беременность — не было и нет ли тошноты, рвоты, отеков, одышки, сердцебиения, головных болей, бессонницы, болей при мочеиспускании, разъедающих белей, запоров;

д) сколько раз беременная посетила консультацию.

Так как при нарушении нормального течения беременности, наряду с жалобами беременной, важнейшими объективными показателями являются значительная против обычной прибавка в весе, наличие белка в моче и повышение артериального давления, акушерка обязана произвести соответствующие исследования (стр. 196).

Анамнез специальный устанавливает: 1. Как протекали предыдущие беременности, не сопровождались ли они заболеваниями (слюнотечение, рвота, отеки вследствие заболеваний почек или сердца).

2. Как закончились предыдущие беременности: роды — срочные, преждевременные, мертворождения; выкидыши — искусственные или самопроизвольные и на каком месяце беременности.

Искусственный выкидыш, даже произведенный в надлежащей обстановке и квалифицированным специалистом, является опасной операцией. Нечего говорить о пагубном влиянии выкидыша, произведенного невежественными знахарками или самой беременной в грязной обстановке, нестерилизованными инструментами, в результате чего женщины иногда погибают или остаются инвалидами на всю жизнь (тяжелые, продолжающиеся долгие годы воспалительные заболевания придатков, вторичное бесплодие, неврозы).

Беременность и роды после выкидыша очень часто сопровождаются различными осложнениями (например, внематочная беременность, преждевременные роды, плохая родовая деятельность, кровотечения во время и после родов).

3. Как протекали предыдущие роды — были ли оперативные или иные вмешательства, какого веса и в каком состоянии родился ребенок (живой, мертвый, в асфиксии), выяснить причины этого, узнать, живы ли дети, а если умерли, то когда и от чего (смерть детей в первые дни после родов часто зависит от внутричерепных кровоизлияний или другой травмы при родах).

4. Было ли послеродовое заболевание и какова была тяжесть его; сколько времени больная лежала после родов.

5. Выяснить у первобеременной, если беременность наступила только через несколько лет после замужества, причины, почему не наступала беременность раньше (принимались ли меры против беременности или это было следствием какого-либо заболевания, недоразвития, воспаления половых органов).

Анамнез общий. После этого собирают общий анамнез: сведения о заболеваниях туберкулезом, сифилисом, об алкоголизме, расстройствах психики; далее выясняют заболевания, перенесенные беременной в детстве (рахит, детские инфекции и осложнения после них); заболевания, перенесенные в старшем возрасте: малярия, ангина, дифтерия, ревматизм, глистная инвазия, частый грипп, тифы, воспалительные заболевания женских половых органов гонорройного или другого происхождения.

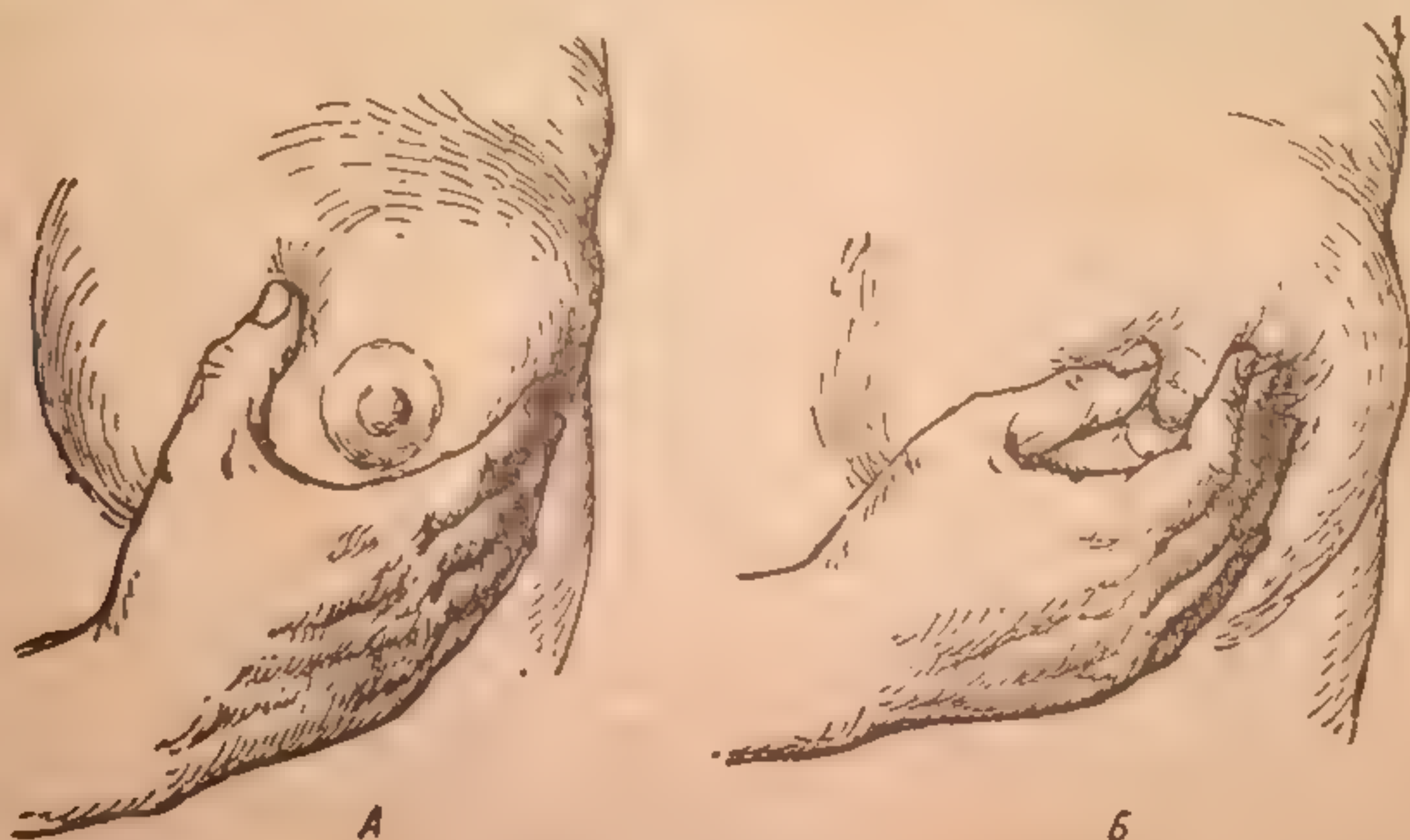


Рис. 49. Выдавливание капли молозива из молочной железы.

А — правильное; Б — неправильное.

Указанные анамнестические данные позволяют составить представление о здоровье беременной и выявить необходимость проведения своевременных профилактических и лечебных мероприятий.

ДИАГНОСТИКА РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Изменения в отдельных органах и во всем организме женщины, возникающие с наступлением беременности, большей частью настолько характерны, что ими иногда можно пользоваться как вспомогательными признаками, характеризующими беременность в ранние сроки.

Признаки беременности делятся на вероятные и достоверные.

Вероятные признаки. Вероятным называется такой признак, который появляется обычно при беременности, но, взятый отдельно, может встречаться и помимо беременности. К вероятным признакам относятся: 1) прекращение менструаций; 2) появление тошноты, рвоты, вкусовые изменения; 3) набухание молочных желез, ощущение покалывания в них; усиленная коричневатая пигментация сосков и вокруг них; появление добавочных мелких железок вокруг соска — ареол; выделение молозива из соска при надавливании на молочную железу (рис. 49); 4) пигментация бе-

лой линии живота, особенно резко выраженная у брюнеток; 5) синюшность слизистой оболочки входа во влагалище; 6) размеры матки, которая с возрастанием срока беременности постепенно увеличивается и округляется, превращаясь из грушевидной в шарообразную. Сначала матка увеличивается в передне-заднем размере, а затем происходит увеличение всех ее размеров. Это устанавливается путем влагалищного бимануального (двуручного) исследования.

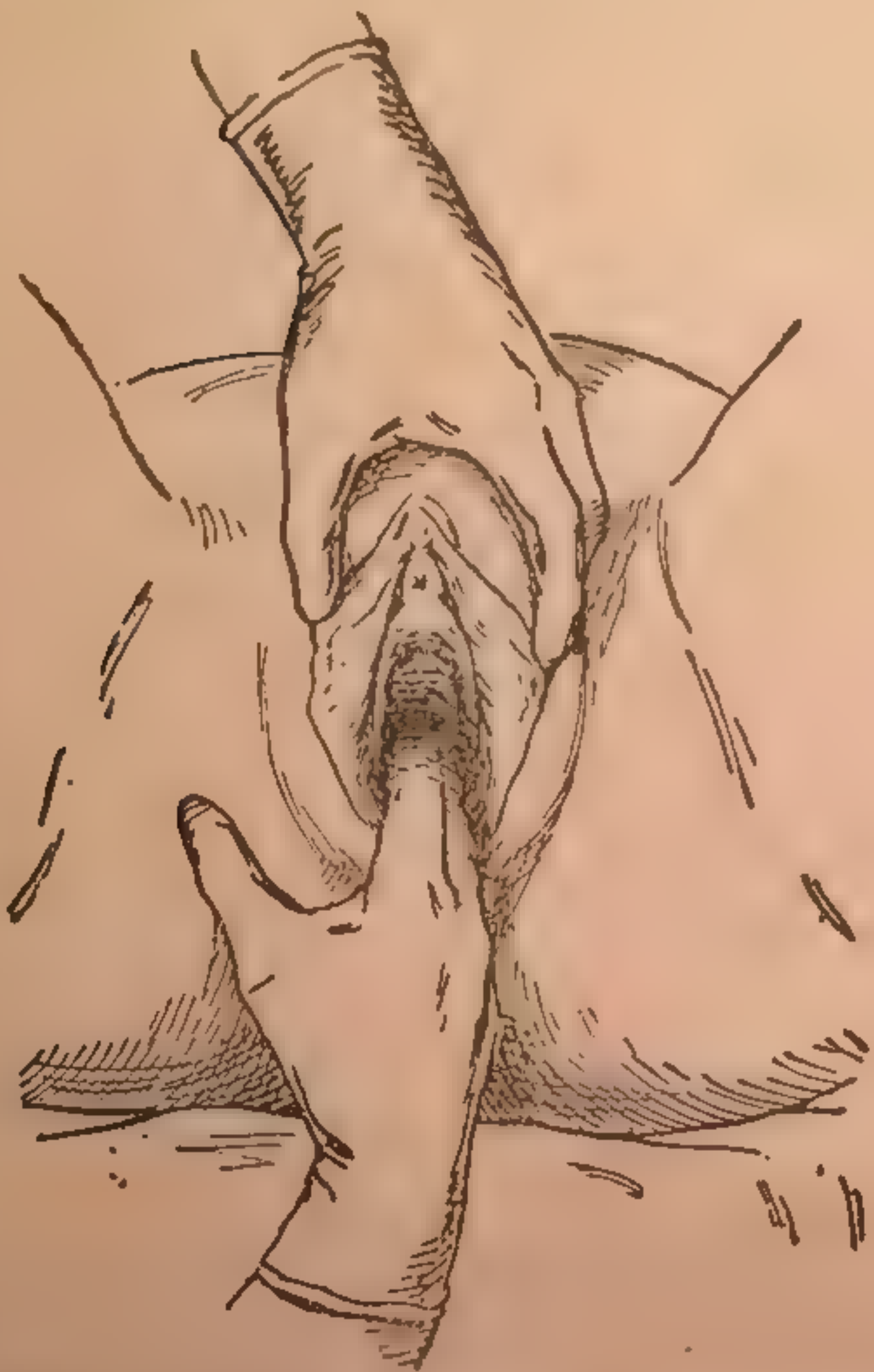


Рис. 50. Момент начала проведения влагалищного исследования.

Влагалищное исследование беременной. Надо помнить, что это исследование требует соблюдения необходимых мер асептики и антисептики; оно представляет для беременной опасность ввиду возможности внесения инфекции с рук или с наружных половых органов во влагалище, а отсюда и выше. Перед исследованием акушерка обязана тщательно по всем правилам вымыть руки и продезинфицировать их.

Для исследования беременную укладывают на гинекологическое кресло или кушетку; при исследовании на кушетке ноги беременной должны быть согнуты в тазобедренном и коленном суставах и разведены в коленях; под крестец подкладывают

ют полстер или просят женщину подложить кулаки. Это необходимо для того, чтобы наружные половые органы и промежность были легко доступны для осмотра и чтобы удобнее было производить исследование.

Перед влагалищным исследованием необходимо обмыть наружные половые органы беременной кипяченой водой или слабым дезинфицирующим раствором.

После этого акушерка должна снова тщательно вымыть руки и, если возможно, надеть стерильные перчатки и только тогда производить влагалищное исследование.

Указательным и большим (или средним) пальцами левой руки возможно шире раздвигают большие и малые половые губы (рис. 50) для того, чтобы пальцы правой руки при введении не касались половых губ и не занесли бы отсюда микробов во влагалище; одновременно при этом обнажается вход во влагалище, его легче осмотреть (состояние промежности, цвет слизистой обо-

лочки входа во влагалище); два пальца правой руки — указательный и средний — осторожно вводят во влагалище; при этом большой палец исследующей руки сильно отводят кверху, а безымянный и мизинец прижимают к ладони; локоть исследующей руки опускают книзу, причем рука располагается на одном уровне с половой щелью; введенными пальцами слегка отдавливают заднюю спайку промежности книзу. Когда пальцы введены во влагалище, левую руку с наружных половых органов переносят на живот беременной, и теперь исследование фактически производят обеими руками — комбинированное (бимануальное) исследование. Ощупав пальцами и установив состояние стенок и сводов влагалища и состояние наружного зева шейки матки, направляются по переднему краю шейки матки до ее перехода в тело, до области внутреннего зева; в это время другая рука снаружи через брюшную стенку бережно погружается локтевым краем кисти в глубину и охватывает тело матки по задней ее поверхности (рис. 51); таким образом, тело матки оказывается зажатым между обеими руками, что позволяет установить как форму тела матки (признак Снегирева, Пискачека), так и его консистенцию (признак Снегирева), состояние перешейка (признак Горвиц-Гегара), определить величину матки и соответственно срок беременности.

При влагалищном исследовании беременной не ограничиваются исследованием только матки и ее придатков; как правило, одновременно определяют имеющиеся деформации в тазу и измеряют диагональную конъюгату.

Признак беременности Снегирева. Увеличенная в передне-заднем размере матка при беременности имеет мягкую консистенцию. Это размягчение неравномерно — оно выражено не сплошь, а лишь в отдельных местах. Под влиянием механического раздражения, каковым является исследование, матка резко сокращается и под пальцами твердеет. Это наблюдается только на матке и только во время беременности, что впервые было установлено В. Ф. Снегиревым.

Владимир Федорович Снегирев (1847—1916) — профессор Московского университета, выдающийся ученый, гинеколог, основоположник русской акушерско-гинекологической школы. Будучи блестящим хирургом, он первый в России начал внедрять в практику лечения женских болезней и консервативные методы, в том числе рентгеновы лучи и радий. В. Ф. Снегирев учил, что необходимо в каждом случае заболевания изучать организм женщины в целом в его связи с окружающей средой; он рассматривал гинекологию не как науку, изучающую функции половых органов женщины, а как науку «о женщине „вообще“ в здоровом и больном ее состоянии». Снегирев придавал большое значение профилактическим мероприятиям в борьбе с гинекологическими болезнями.

Многие из учеников Снегирева получили звание профессора и стали руководителями кафедр в разных концах нашей страны. Как патриот и ученый В. Ф. Снегирев сделал очень много для процветания русской самобытной гинекологии. Он написал много ценных научных работ, среди которых особое место занимает его выдающееся руководство «Маточные кровотечения», сохранившее до сих пор свою ценность и значение.

Признак беременности Горвиц-Гегара. С беременностью матка, как упоминалось, размягчается, причем это размягчение не всюду выражено одинаково: тело матки и область перешейка — внутренний зев (рис. 51) — размягчаются, а остальная часть шейки матки продолжает оставаться сравнительно плотной. Размягчение в области перешейка легко ощущается при сжимании его между исследующими пальцами обеих рук. При этом создается впечатление легкой подвижности тела матки по отношению к шейке.

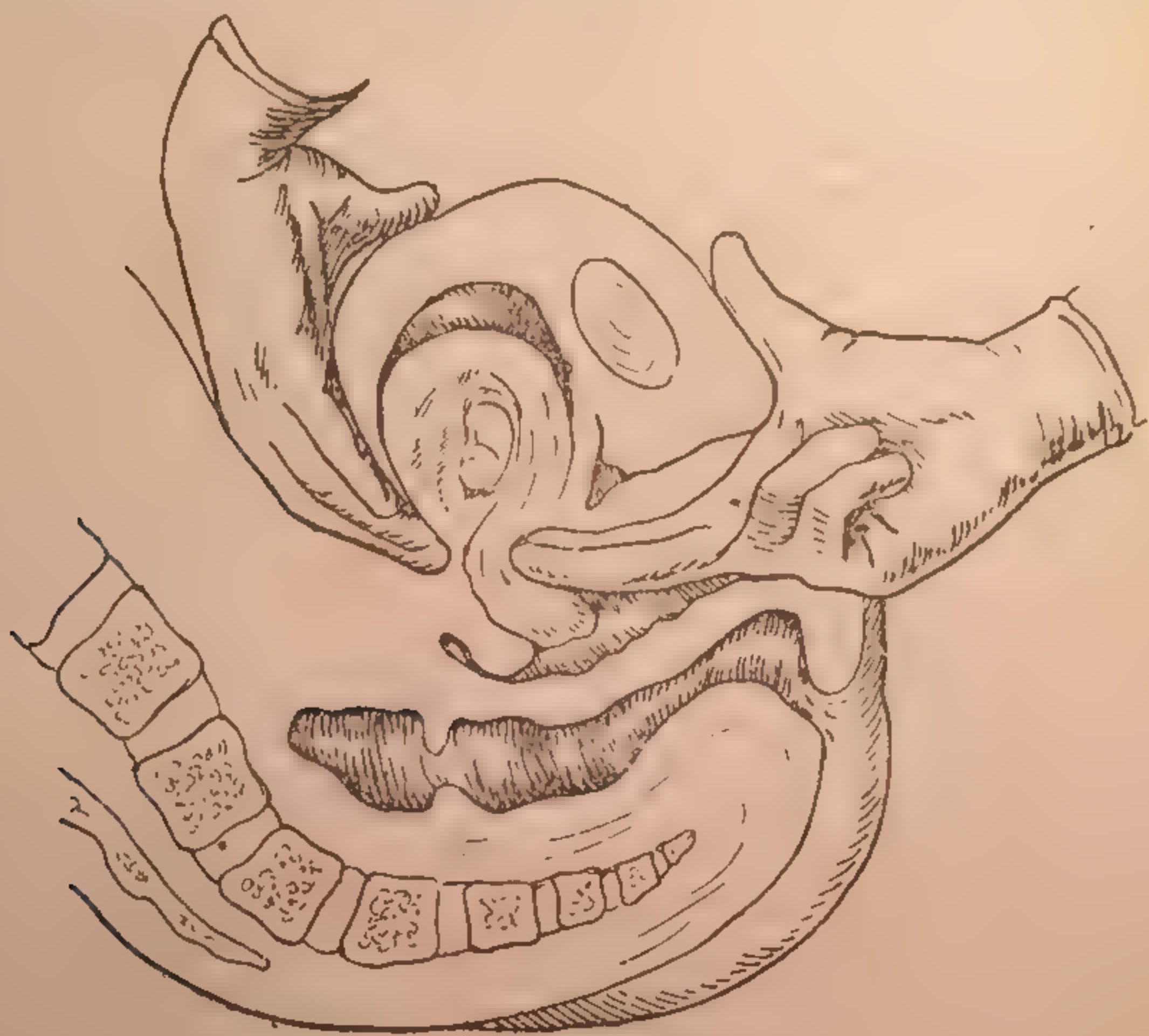


Рис. 51. Признак беременности Горвиц-Гегара.

Мартын Исаевич Горвиц (1837—1883) — крупный русский акушер-гинеколог; работал в Петербургском повивальном институте, затем в Маринском родильном доме, который фактически был им основан, а с 1875 г. состоял профессором акушерско-гинекологической кафедры Медико-хирургической академии. Написал много научных трудов, среди которых большое «Руководство к патологии и терапии женской половой сферы».

Признак беременности Пискачека. При влагалищном исследовании определяется неодинаковое выбухание трубных углов матки; обычно угол, соответствующий месту имплантации яйца, выбухает больше и матка оказывается несимметричной, как бы с седлообразным дном.

Приведенные признаки лишь в совокупности могут подтвердить диагноз беременности; наличие же только одного из них не позволяет ставить окончательный диагноз беременности. Так, например, менструации могут отсутствовать и без беременности — при нарушении функции яичников, после перенесенного тяжелого заболевания, в результате психической травмы и некоторых дру-

гих причин; матка может быть увеличенной при опухолях ее; выделение молозива может наблюдаться и у небеременных женщин, спустя долгий срок после бывших родов; пигментация белой линии живота между пупком и лобком очень часто остается навсегда после первых родов.

При установлении ранних сроков беременности надо быть чрезвычайно осторожным и не торопиться с решением: лучше посмотреть женщину спустя неделю еще раз; если к этому времени все перечисленные изменения стали более выраженными, особенно если матка за этот срок увеличилась, можно утверждать, что женщина беременна.

Биологический метод определения беременности. Иногда необходимо установить или отвергнуть беременность в очень ранние сроки, например, когда нужно срочно выяснить, особенно при подозрении на внематочную беременность, увеличена ли матка вследствие беременности, маточной или внематочной, или это увеличение связано с наличием опухоли в стенке матки. В таких случаях прибегают к так называемым биологическим методам ранней диагностики беременности, среди которых наиболее точными являются: гормональная реакция на неполовозрелых мышах (самках) и сперматурическая реакция на озерных лягушках (самцах).

Гормональная реакция (Ашгейм-Цондека) заключается в следующем.

С первых дней беременности в моче женщины обнаруживается большое количество гормона — пролана. После впрыскивания мочи беременной женщины неполовозрелым (весом в 6—7 г) белым мышам в их организме под влиянием содержащихся в моче беременной гонадотропных гормонов через 100 часов обнаруживаются характерные изменения: матка увеличивается, становится сочной; на поверхности увеличенных яичников появляются фолликулы и кровоизлияния в виде чернокровяных точек.

Для этой реакции рекомендуется пользоваться свежей утренней порцией мочи слабокислой реакции. Накануне получения мочи для указанной реакции следует ограничить потребление жидкой пищи (суп, чай, воду), чтобы не уменьшить концентрации гормона. Если моча для этой реакции пересылается на дальнейшее расстояние, то для лучшей сохранности ее следует на каждые 100 мл мочи добавить по 1—2 капли *Tricresoli puri* или по 15 капель 20% спиртового раствора тимола.

Эта реакция дает правильный ответ в 98—99% случаев, т. е. позволяет распознать беременность самых ранних сроков.

Гормональная диагностика беременности на озерных лягушках основана на том, что гонадотропные гормоны, находящиеся в моче беременной женщины, вызывают у лягушки-самца выделение сперматозоидов; последние обнаруживаются в клоаке лягушки. Обычно озерной лягушке-самцу вводят подкожно в спинной лимфатический мешок 2—3 мл мочи обследуемой женщины. Через 2 часа из клоаки лягушки стеклянной

пипеткой набирают мочу и исследуют последнюю под микроскопом в висячей капле. При положительной реакции в поле зрения видно большое количество подвижных сперматозоидов.

Существуют и другие биологические реакции (на кроликах) для определения ранних сроков беременности.

Достоверные признаки. Достоверным называется такой признак, наличие которого бесспорно подтверждает диагноз беременности.

Таких признаков, вполне достаточных для практических целей, три: 1) прощупывание частей плода; 2) ощущение движений плода при ощупывании живота беременной; 3) прослушивание сердцебиения плода.

К числу достоверных признаков беременности следует отнести и практикующийся за последнее время метод рентгенологического исследования: на рентгенограмме (с V месяца беременности) получается изображение скелета плода (рис. 69).

ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Как видно из изложенного, достоверные признаки могут быть обнаружены только во второй половине беременности, когда беременная матка находится уже в брюшной полости и может быть обследована наружными приемами путем ощупывания — пальпации и выслушивания — аускультации; при этом через стенки матки удастся прощупать части плода, определить положение и членорасположение его, а при выслушивании акушерским стетоскопом или просто ухом прослушать сердцебиение плода.

ПОЛОЖЕНИЕ И ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА В МАТКЕ

Положение плода. Под положением плода в матке понимают отношение продольной оси плода к продольной оси матки. В ранние сроки беременности положение плода неустойчивое, с течением же беременности оно становится устойчивее. Различают следующие положения.

1. **Продольное положение**, при котором продольная ось (длинник) плода располагается соответственно продольной оси матки.

2. **Поперечное и косое положения**, при которых продольная ось плода пересекает продольную ось матки (рис. 69в и 272).

При продольных положениях плода беременная матка имеет удлиненную форму, а при поперечных положениях она несколько растянута в поперечном направлении.

Членорасположение плода. Под членорасположением плода понимают отношение его конечностей (называемых мелкими частями) и головки к туловищу. При обычном расположении плода в полости матки позвоночник его дугообразно согнут, ножки со-

гнуты в тазобедренных и коленных суставах и слегка прижаты к животу, а ручки как бы сложены на груди. Головка плода слегка согнута. Это так называемый сгибательный тип, который принято считать за нормальное членорасположение плода.

При таком членорасположении плод имеет яйцевидную, овоидную, форму; длина этого овоида соответствует половине всей длины плода и в среднем при доношенной беременности составляет 25 см.

Описанное членорасположение плод приобретает еще в ранние сроки своего внутриутробного развития и сохраняет его в дальнейшем.

Однако на рентгенограммах неоднократно приходится наблюдать отклонения от описанного членорасположения; одна или обе ручки, а равно и ножки оказываются вытянутыми или удаленными от туловища. Повидимому, в течение внутриутробной жизни членорасположение плода непринужденное и в различные моменты может изменяться. Полагают, что подобные отклонения от описанного, считающегося нормальным, членорасположения кратковременны, после чего снова восстанавливается обычное членорасположение.

При внутриутробной смерти плода обычное членорасположение нарушается — ножки и ручки свисают, как плети, позвоночник резко разгибается в шейной части, головка запрокидывается, затылок приближается к спинке, кости черепа расходятся.

Позиция плода. По тому, куда обращена спинка плода, различают позицию и вид позиции плода.

П о з и ц и я — это отношение спинки плода к боковой стороне матки; если спинка плода обращена к левой стороне матки, — это первая позиция (рис. 52), если к правой, — вторая позиция (рис. 54).

При поперечном положении плода позиция определяется по расположению головки. Если головка находится слева, — первая позиция (рис. 272), а если справа, — вторая позиция.

Вид позиции. Спинка плода не полностью обращена к правой или левой стороне матки — обычно она слегка повернута либо кпереди, либо кзади. Поворот спинки к передней или задней стороне матки определяет вид позиции. Различают два вида: передний и задний. Если спинка слегка обращена (повернута) кпереди, — это передний вид (рис. 52), если она обращена кзади, — задний вид (рис. 56).

Например, спинка обращена влево и слегка кпереди — это передний вид первой позиции.

При поперечных положениях вид также определяется по отношению спинки к передней или задней стенке матки.

Таким образом, если, например, при поперечном положении головка находится слева, а спинка обращена кпереди, это будет передний вид первой позиции поперечного положения (рис. 272).

Предлежание. В акушерстве различают еще одно понятие — **предлежание**; предлежащая часть та, которая при родах идет первой по родовому каналу.

При продольном положении плода возможно головное предлежание (96%), если головка находится внизу у входа в таз (рис. 52 и 69а), и тазовое предлежание (3%), если внизу у входа расположен тазовый конец плода (рис. 60 и 69б).

При головном предлежании или вставлении могут встретиться различные варианты. Если головка вступает во вход таза областью малого родничка, т. е. в согнутом положении, — это будет затылочное предлежание (рис. 52 и 54), иначе называемое затылочное вставление.

При разогнутой головке последняя может вставиться во вход таза своей передне-головной частью, а при значительном разгибании головка вступает лобной или лицевой частью, — это будет передне-головное, лобное или лицевое предлежание (вставление).

При тазовом предлежании, если во вход таза вставляются ягодицы, создается ягодичное предлежание (рис. 60), если же вступают ножки или колено — ножное или коленное предлежание.

Варианты предлежаний при продольном положении плода

Положение плода	Предлежание	Варианты предлежаний (в зависимости от характера вставления предлежащей части плода во вход таза)
Продольное	Головное	Затылочное Передне-головное Лобное Лицевое
	Тазовое	Ягодичное (чистое и смешанное) Ножное (полное и неполное)

При влагалищном исследовании в родах (стр. 115), определяют предлежащую часть плода, а по ней — позицию и вид положения плода в матке.

При головных предлежаниях ориентируются по направлению стреловидного шва и по расположению родничков, преимущественно малого.

При тазовых предлежаниях ориентируются по направлению межвертельной линии, по копчику и направлению межъягодичной борозды.

Если расположение стреловидного шва головки соответствует поперечному размеру входа таза, причем стреловидный шов почти одинаково отстоит как от передней (симфиз), так и от задней (мыс крестца) стороны входа таза, — такое вставление называют синклитическим.

При таком вставлении обе теменные кости примерно одинаково «смотрят» в просвет входа таза.

Если направление стреловидного шва не совпадает, а пересекает поперечный размер входа таза, это будет косое направление стреловидного шва.

Различают два косых направления — соответственно правому и левому косому размеру таза.

Определяется это по направлению, идущему от крестцово-подвздошного сочленения к подвздошно-лонному бугорку противоположной стороны таза.

Если стреловидный шов идет в направлении от правого крестцово-подвздошного сочленения влево кпереди — к левому подвздошно-лонному бугорку — это направление правого косого размера; при этом говорят, что стреловидный шов проходит в правом косом размере, и наоборот.

Так, при затылочном предлежании первой позиции и переднем виде малый родничок определяется слева несколько кпереди, а стреловидный шов проходит в правом косом размере (рис. 52 и 53).

При затылочном предлежании второй позиции переднем виде, при спустившейся в полость таза головке малый родничок прощупывается справа несколько кпереди, а стреловидный шов проходит в левом косом размере (рис. 54 и 55).

При затылочном предлежании первой позиции и заднем виде малый родничок определяется слева несколько кзади, а стреловидный шов проходит в левом косом размере (рис. 56 и 57).

При затылочном предлежании второй позиции заднем виде малый родничок определяется справа несколько кзади, а стреловидный шов — в правом косом размере (рис. 58 и 59).

Пальпация плода в матке

При наличии достоверных признаков беременности необходимо определить положение и членорасположение плода, позицию и вид, количество плодов, а также выяснить, жив плод или мертв.

Все это следует проводить в строгой последовательности, согласно приводимой ниже схеме.

При исследовании беременная должна лежать на кушетке в горизонтальном положении на спине. Акушерка становится или, лучше, садится справа около беременной, повернувшись к ней лицом.



Рис. 52. Затылочное предлежание.
Первая позиция. Передний вид.

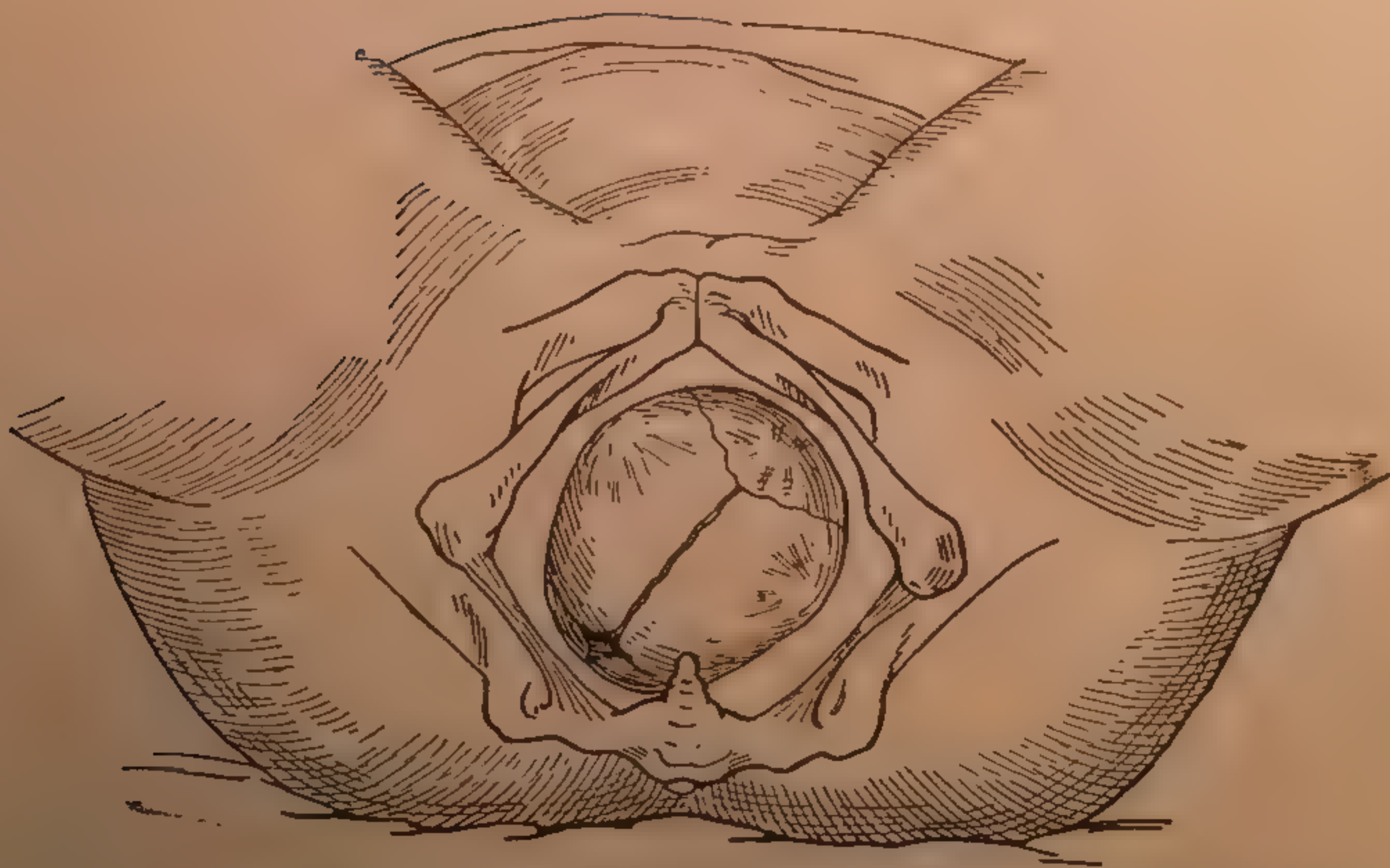


Рис. 53. Данные влагалищного исследования. Первая позиция. Передний вид. Затылочное предлежание. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди.

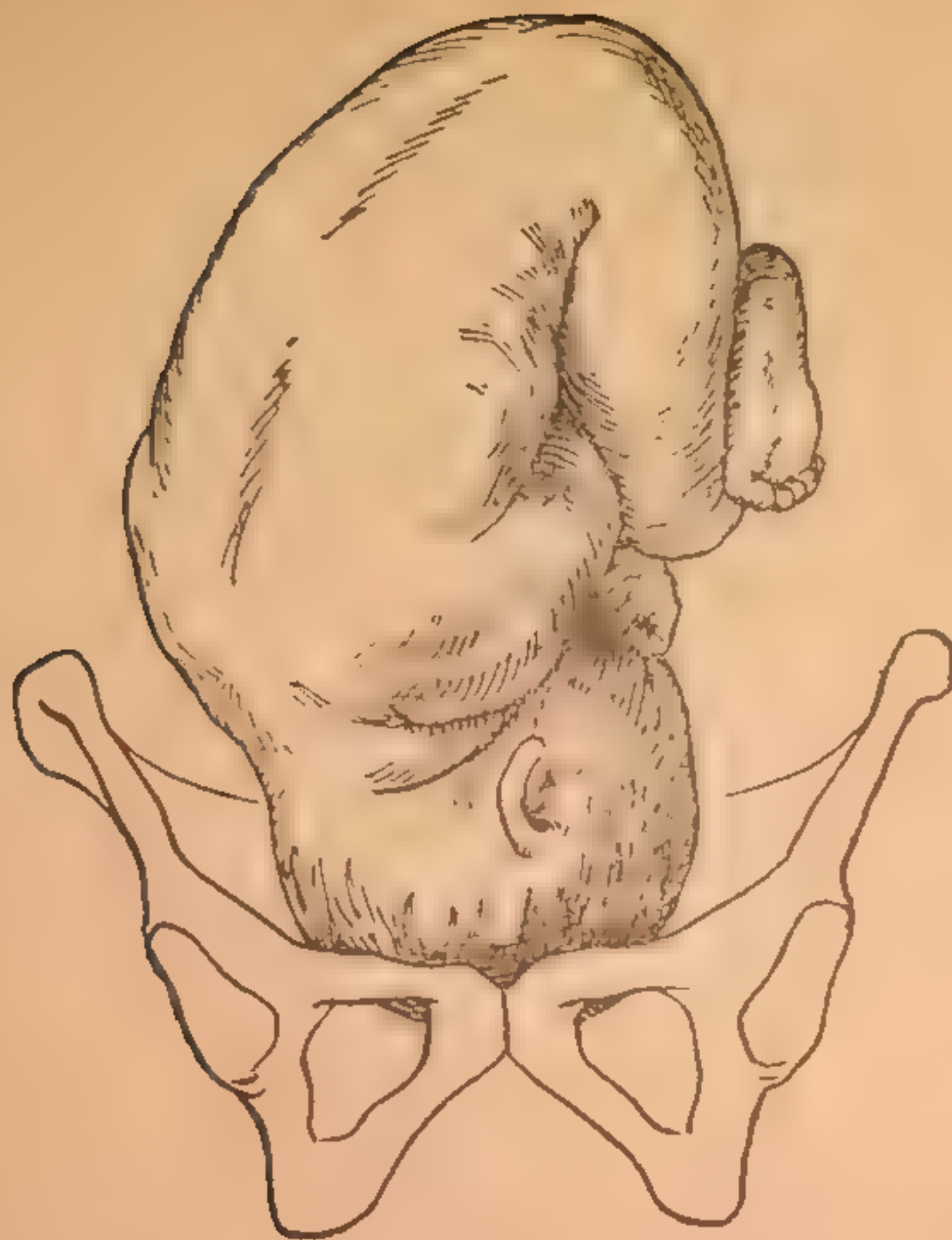


Рис. 54. Затылочное предлежание.
Вторая позиция. Передний вид.

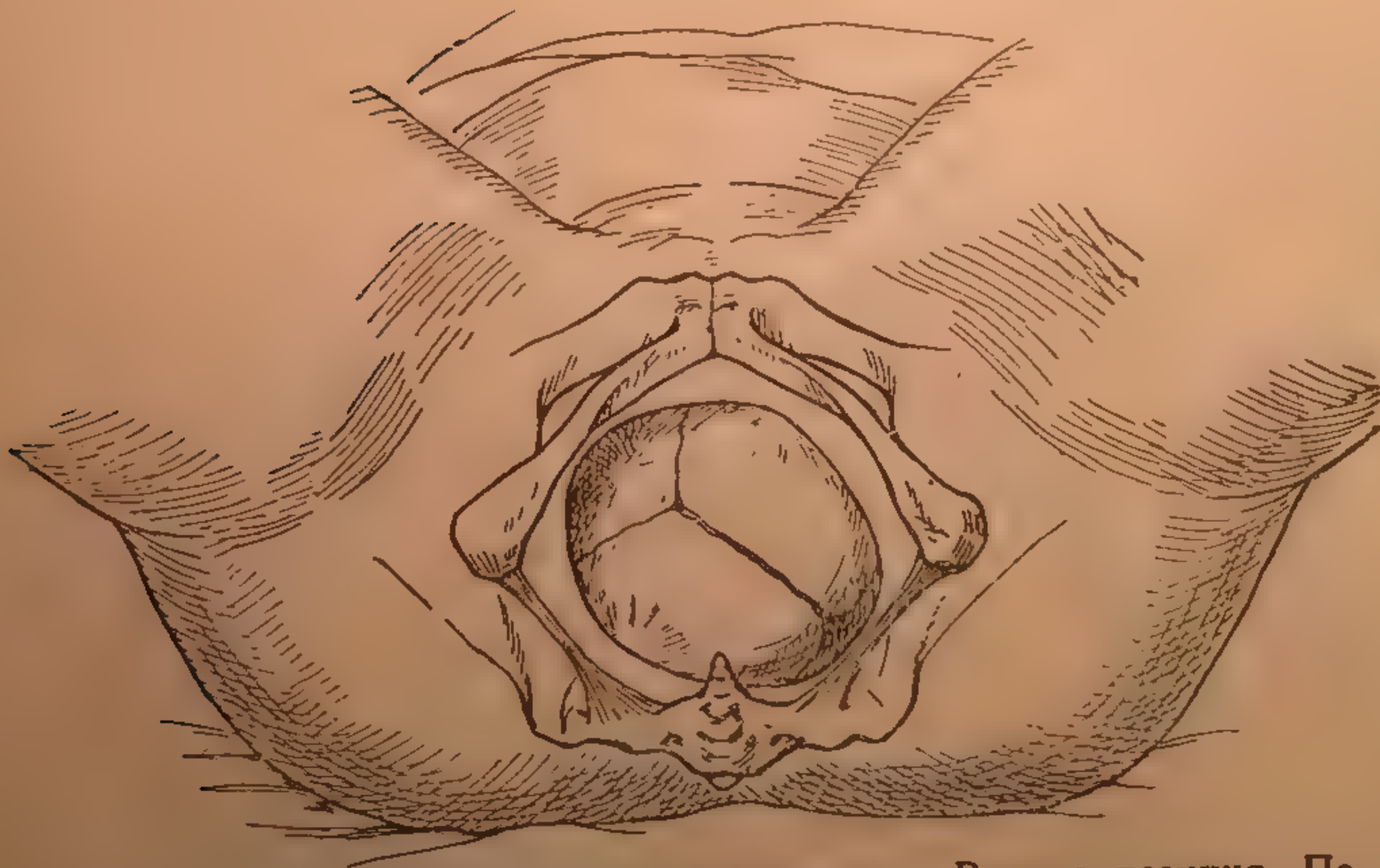


Рис. 55. Данные влагалищного исследования. Вторая позиция. Передний вид. Затылочное предлежание. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа кпереди.



Рис. 56. Затылочное предлежание.
Первая позиция. Задний вид.

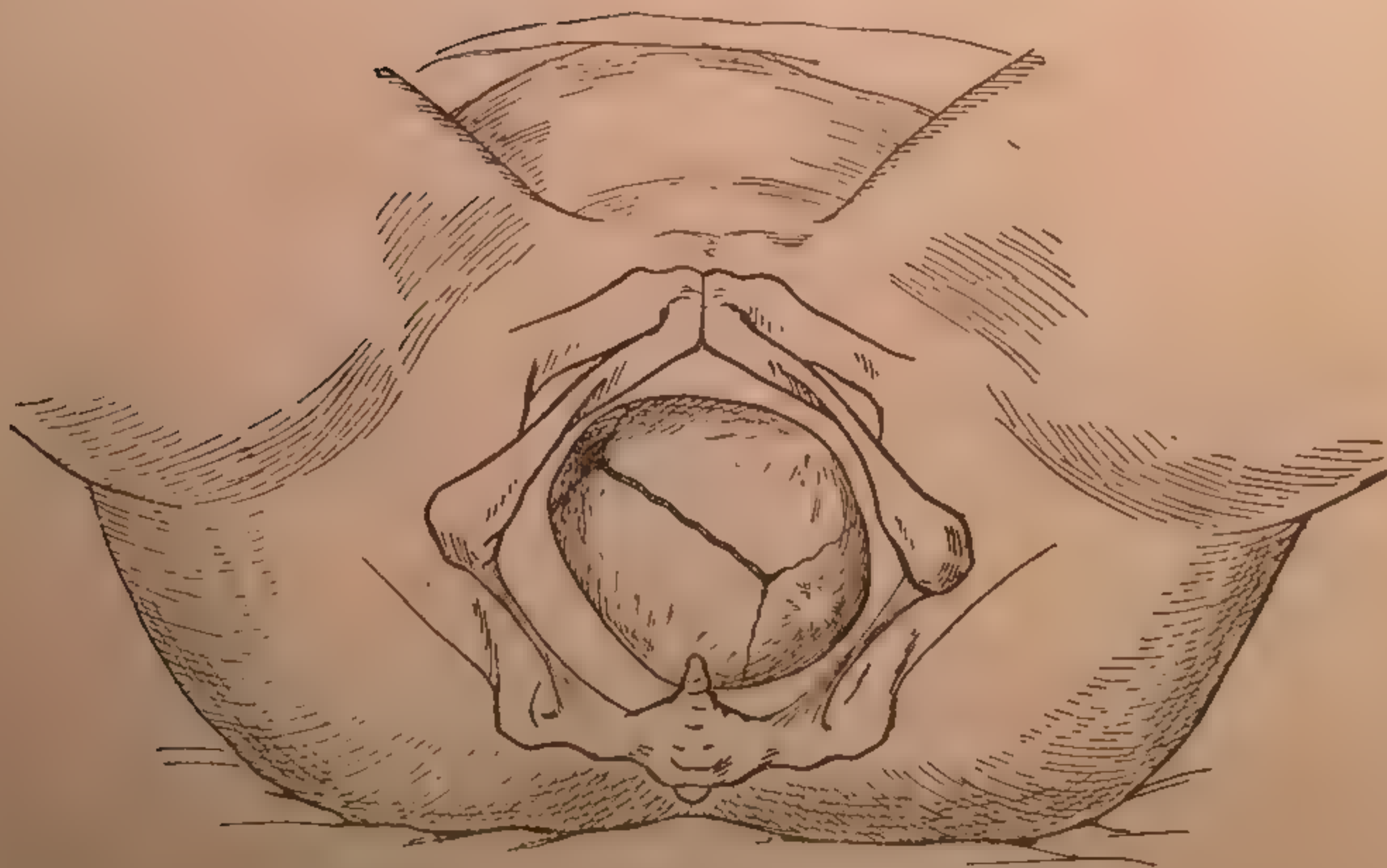


Рис. 57. Данные влагалищного исследования. Первая позиция
Задний вид. Затылочное предлежание. Стреловидный шов в левом
косом размере. Малый родничок слева кзади.



Рис 58. Затылочное предлежание.
Вторая позиция. Задний вид.

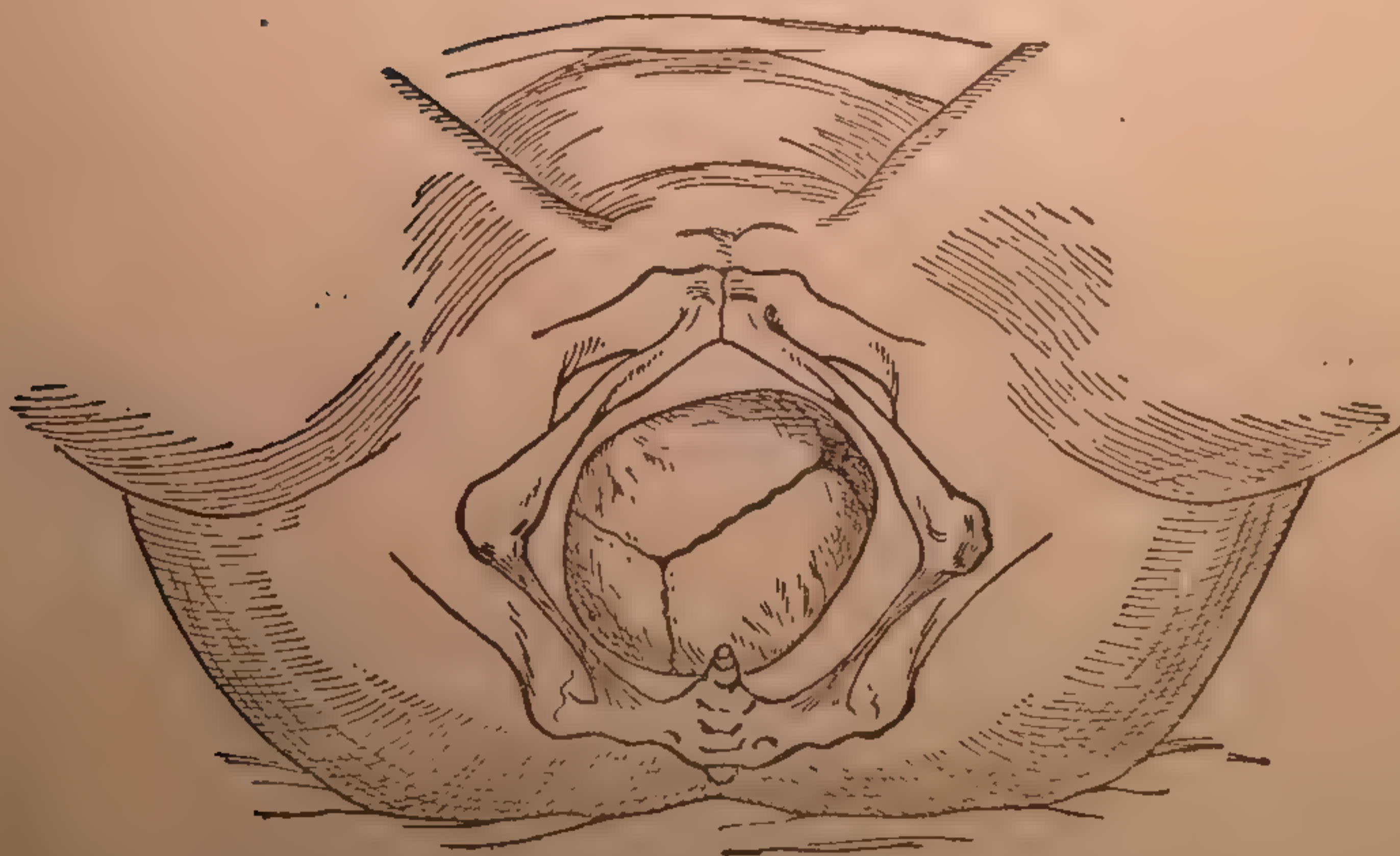


Рис. 59. Данные влагалищного исследования. Вторая позиция.
Задний вид. Затылочное предлежание. Стреловидный шов в правом
косом размере. Малый родничок справа кзади.

При наружном исследовании живота беременной в большие сроки беременности пользуются четырьмя приемами.

Первый прием наружного исследования (рис. 61). Обе руки, положенные на дно матки, медленно сближают; обхватив таким образом матку, определяют высоту стояния дна ее по отношению к пупку, а в более поздние сроки — по отношению к мечевидному отростку грудины; при этом удается

иногда определить и крупную часть плода, находящуюся у дна матки. Этим приемом в основном определяют срок беременности, отчасти положение плода.

Второй прием наружного исследования (рис. 62). Обе руки перемещают со дна на боковые стенки матки и попеременно то правой, то левой рукой стараются через стенку матки прощупать в глубине части плода; на противоположной стороне, где не прощупываются мелкие части, удается прощупать спинку плода; этим приемом определяют положение и позицию плода.



Рис. 60. Ягодичное (смешанное) предлежание. Вторая позиция. Задний вид.

Третий прием наружного исследования (рис. 63 и 64). Правой или левой рукой, ладонью ее с широко отведенным большим пальцем обхватывают нижний сегмент матки; пальцы осторожно погружают в глубину, где стараются прощупать часть плода, находящуюся у входа таза, т. е. определить, какая часть плода предлежит — головка или ягодицы, или же предлежащая часть отсутствует, что бывает, например, при поперечном положении плода.

Головка обычно прощупывается в виде плотного шара и, если она не установилась еще во входе таза, легко перемещается, баллотирует между большим и остальными пальцами.

В повседневной практике к этому приему прибегают чаще всего; однако не всегда его производят правильно и не всегда учитывают, что частое применение его, особенно если это делается прубо, не безразлично для беременной. При грубом и быстром обхватывании нижнего сегмента матки тотчас же возникает ответная реакция брюшной стенки — напрягаются мышцы брюшной стенки, что крайне затрудняет дальнейшую пальпацию и требует применения уже большой силы, а это вызывает боль, которая в свою очередь ведет к еще большему напряжению брюшной стенки. Если исследование продолжать таким путем,

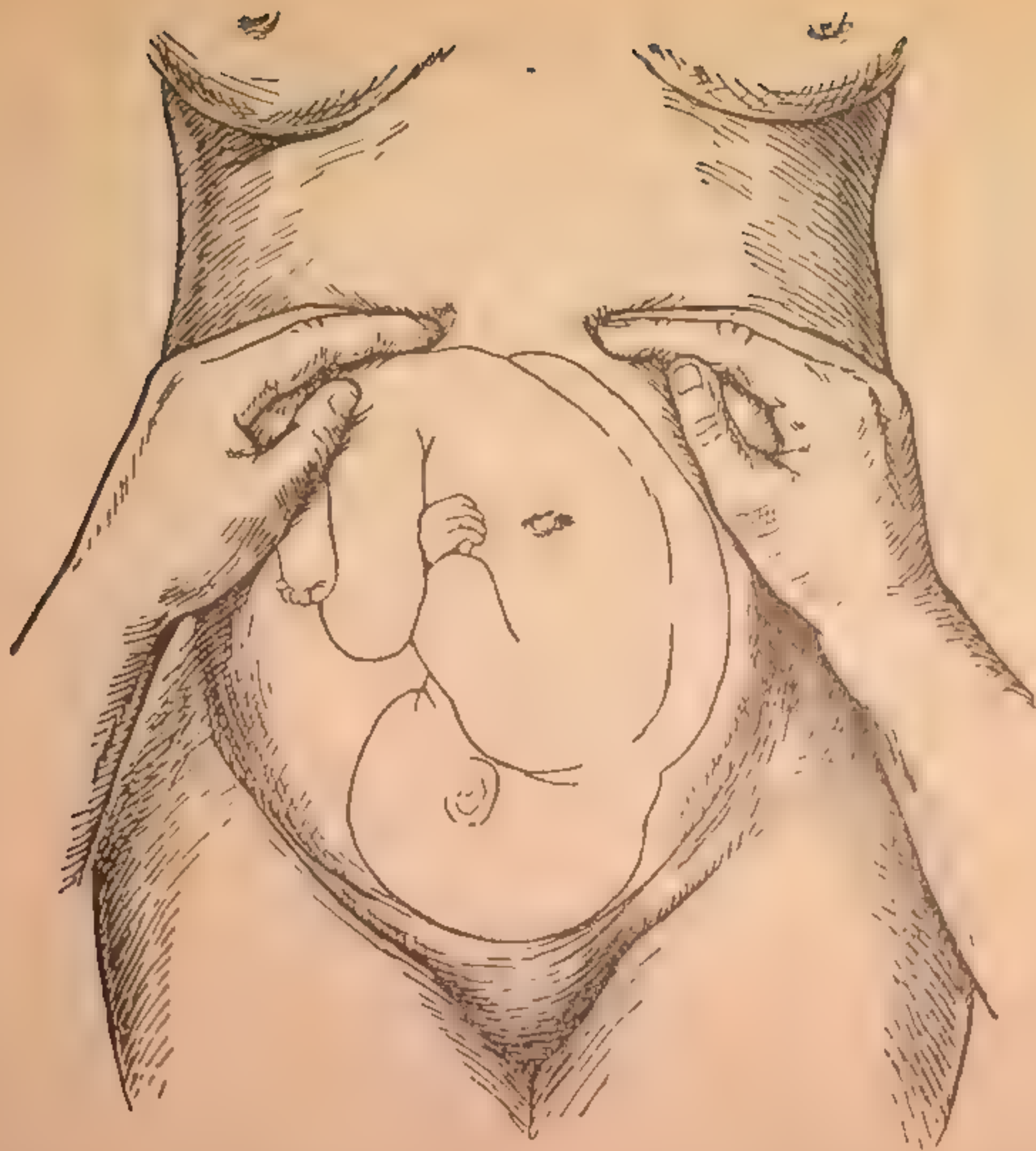


Рис. 61. Наружное исследование беременной.
Первый прием.

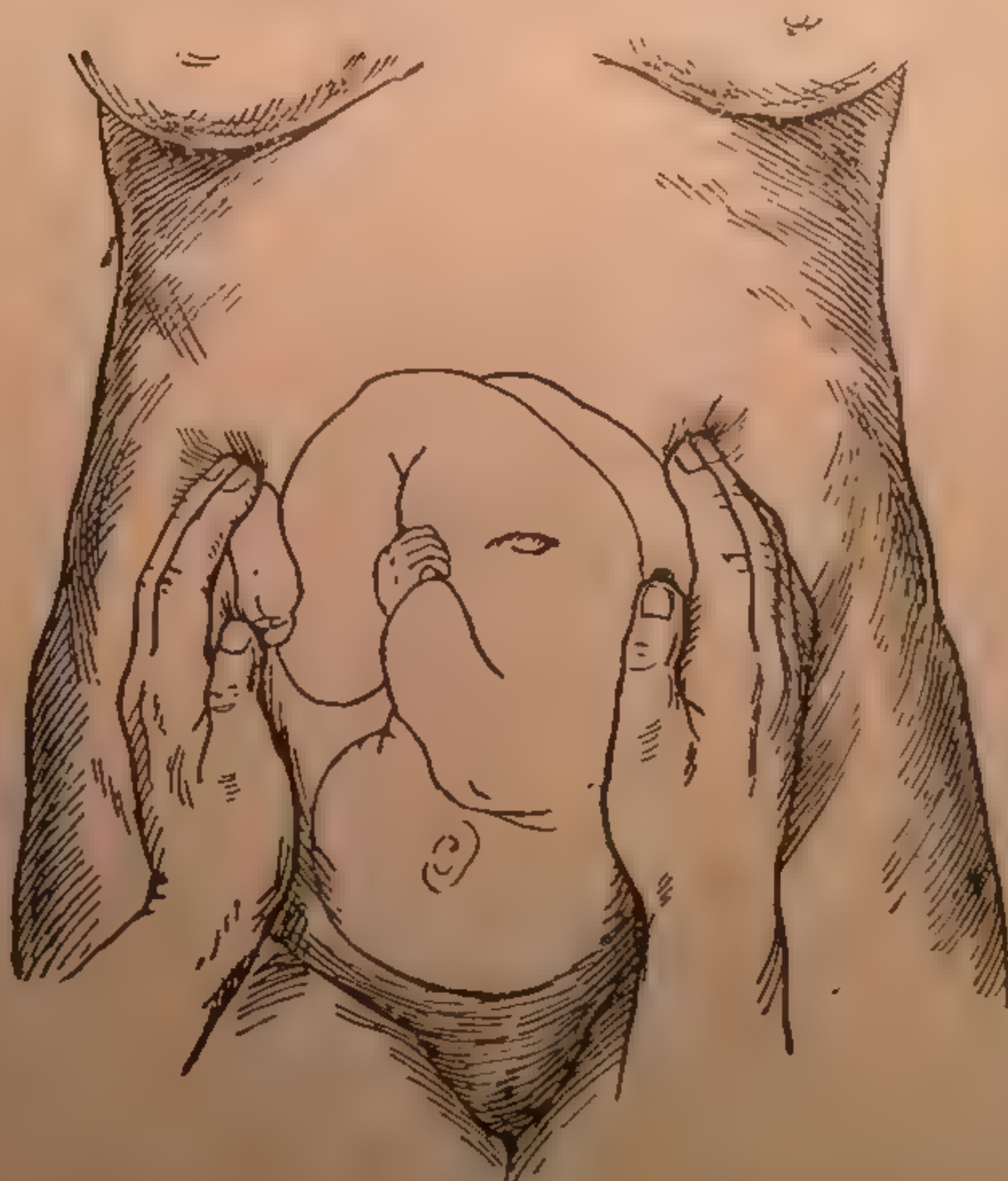


Рис. 62. Наружное исследование беременной.
Второй прием.

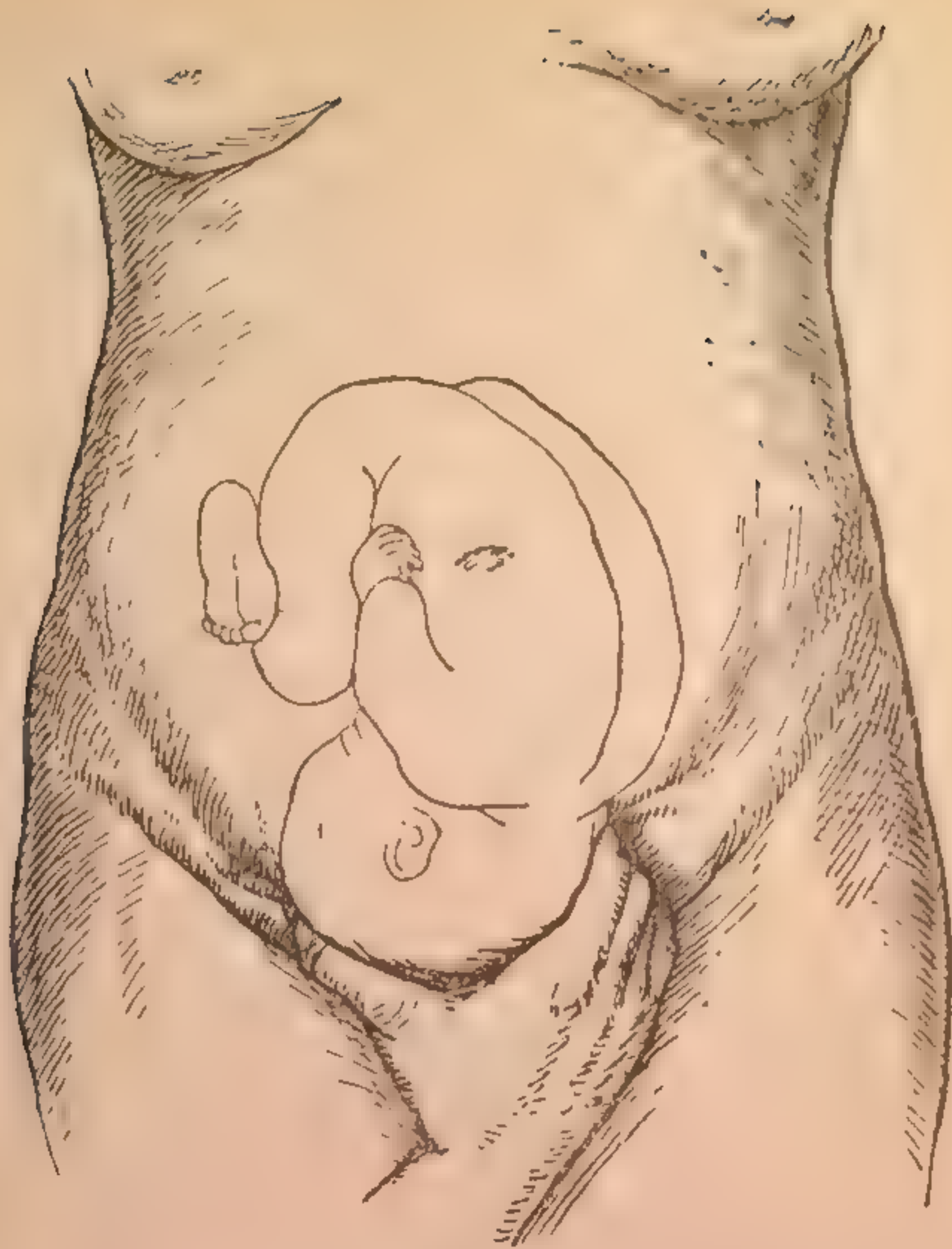


Рис. 63. Наружное исследование беременной. Третий прием.



Рис. 64. Исследование беременной третьим приемом.

то оно скорее будет носить характер насилия, причинит боль и не позволит достаточно отчетливо прощупать подлежащую часть плода.

Надо добавить, что иногда с самого начала неверно обхватывают нижний сегмент — не всеми пальцами, а, погружаясь в глубину, вдавливают концы пальцев в стенки нижнего сегмента, что сильно травмирует последний и может вести к образованию значительных кровоизлияний под брюшинным покровом матки.

Третий прием должен производиться прежде всего очень бережно, нежно, погружать пальцы в глубину надо медленно, не вызывая напряжения брюшных мышц, и, только достигнув глубины, следует бережно обхватить подлежащую часть плода между большим, указательным и средним или средним и безымянным пальцами. При этом лучше, если другая рука лежит на дне матки и правильно устанавливает и фиксирует матку.

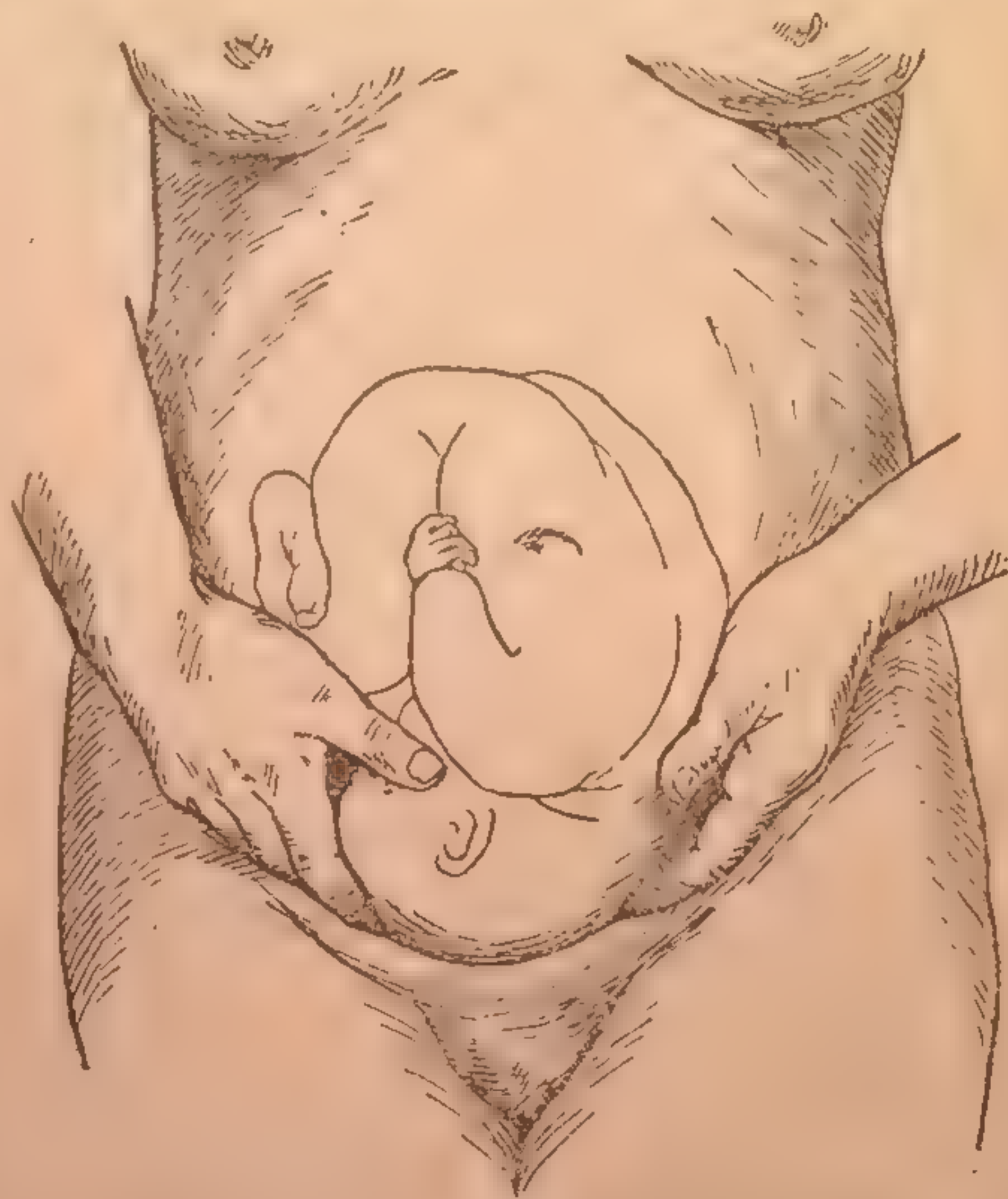


Рис. 65. Наружное исследование беременной. Четвертый прием.

Четвертый прием наружного исследования (рис. 65) обычно применяется в тех случаях, когда третьим приемом не удастся получить отчетливого впечатления о подлежащей части, когда подлежащая часть опустилась в таз.

Для проведения четвертого приема становятся спиной к голове беременной и, обхватив нижний сегмент матки концами пальцев обеих рук, стараются очень осторожно проникнуть как можно глубже во вход таза. При головном предлежании концы пальцев упрутся в круглое тело, причем иногда можно с одной стороны прощупать затылок, а с другой — подбородок; при предлежании тазовым концом пальцы ощупывают крупную, но мягковатой консистенции часть плода.

Этим же приемом удастся определить, какая часть головки, как говорят, какой сегмент ее (больший или меньший) находится над входом таза и каким головка вступила во вход таза (какой сегмент находится ниже плоскости входа таза).

Аускультация

После выяснения положения и членорасположения плода прослушивают специальным акушерским стетоскопом сердцебиение плода (рис. 66).



Рис. 66. Выслушивание сердцебиения плода акушерским стетоскопом.

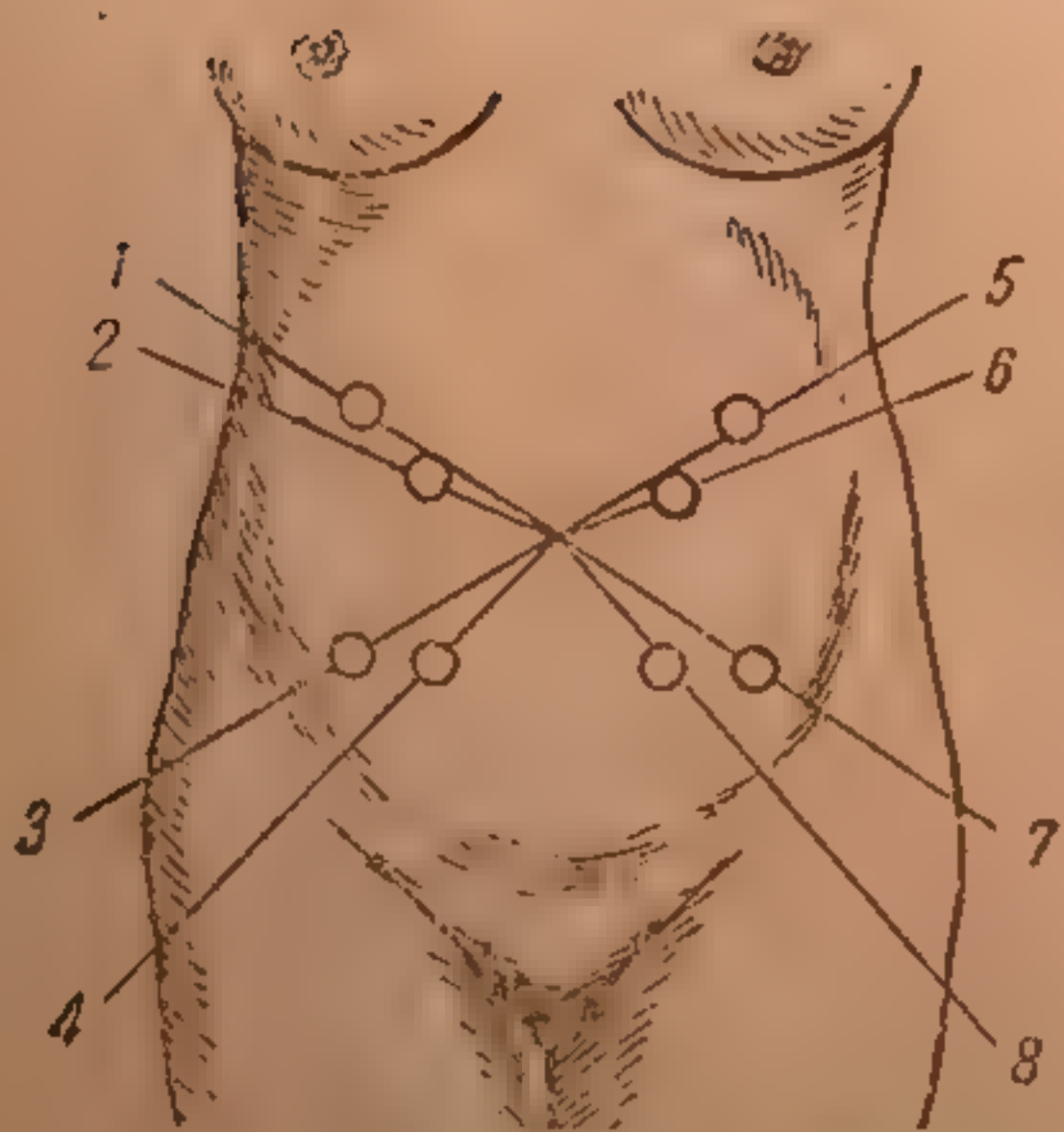


Рис. 67. Место наиболее ясной слышимости сердцебиения плода при различных его положениях.

1 и 2 — при ягодичном предлежании второй позиции; 3 и 4 — при головном предлежании второй позиции; 5 и 6 — при ягодичном предлежании первой позиции; 7 и 8 — при головном предлежании первой позиции.

Обычно сердцебиение плода удается прослушать, начиная с конца V лунного месяца беременности, а затем с каждым месяцем оно прослушивается все яснее.

Сердцебиение хорошо прослушивается ближе к головке и с той стороны, куда обращена спинка плода. Так, например, если спинка обращена влево, а головка внизу (головное предлежание, первая позиция), сердцебиение плода яснее всего прослушивается слева от средней линии живота, ниже пупка; при предлежании тазовым концом сердцебиение плода лучше всего прослушивается выше пупка. При поперечном положении плода сердцебиение прослушивается на уровне пупка, справа или слева, ближе к головке.

В зависимости от вида расположения плода сердцебиение его будет отчетливее прослушиваться то ближе к средней линии живота, то дальше от нее (рис. 67); при переднем виде — ближе,

при заднем виде — дальше от средней линии живота. По мере продвижения и опущения предлежащей части плода в таз перемещается и место отчетливого сердцебиения — оно постепенно опускается ниже и все больше приближается к средней линии.

Частота сердечных ударов плода в конце беременности обычно составляет 120—130 ритмичных ударов в минуту. При выслушивании, кроме сердцебиения плода, может прослушиваться дующий шум маточных сосудов, возникающий при прохождении тока крови по извилистым сосудам беременной матки. По характеру этот шум не соответствует сердцебиению плода, по частоте и ритму он соответствует пульсу матери. Прослушивается и пульсация брюшной аорты, совпадающая по частоте с пульсом матери.

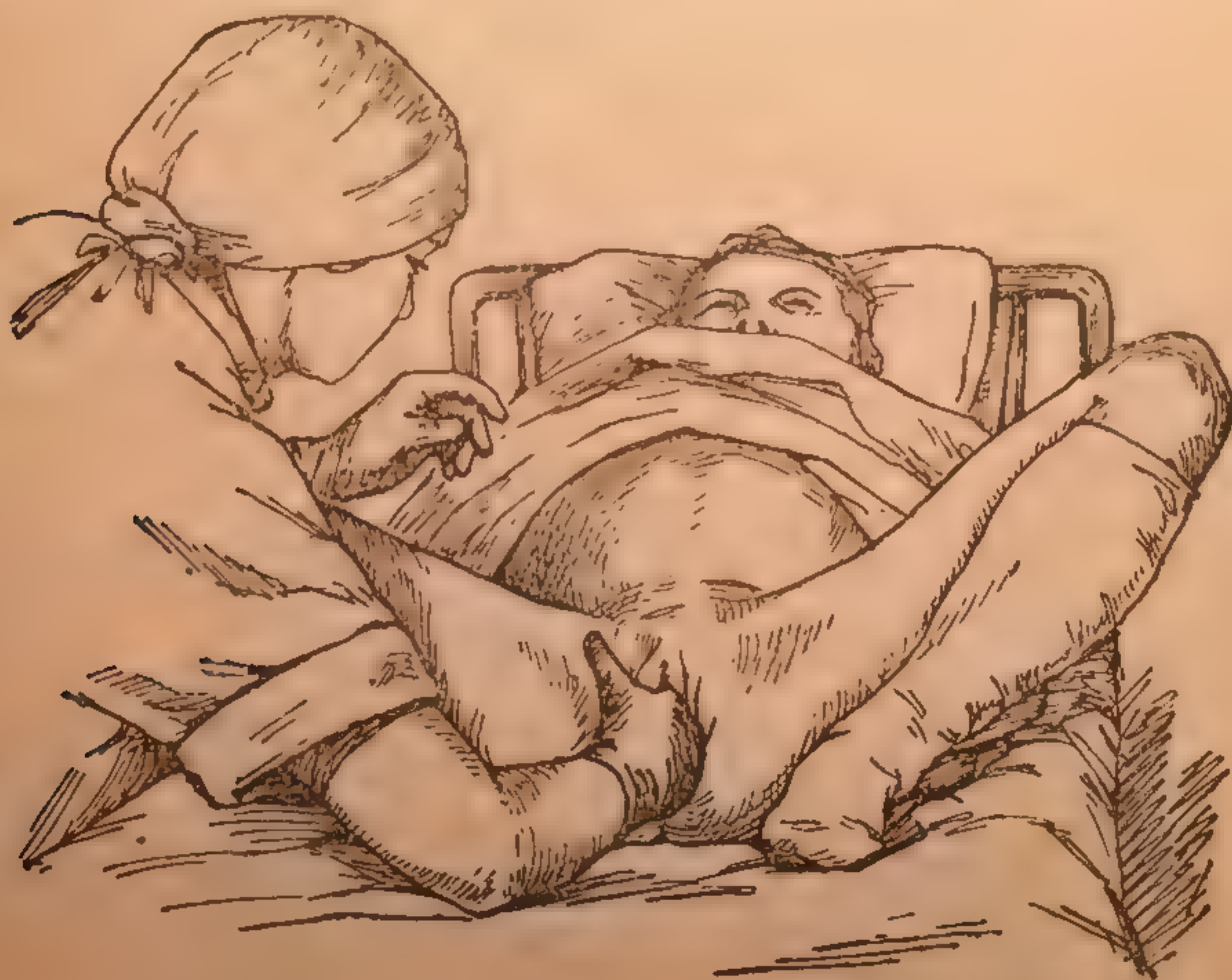


Рис. 68. Влагалищное исследование роженицы.

Влагалищное исследование производят в некоторых случаях в поздние сроки беременности и в родах (стр. 203). В поздние сроки беременности, особенно незадолго перед родами, влагалищное исследование представляет большую опасность вследствие возможности занесения инфекции в родовые пути; если по имеющимся показаниям приходится прибегать к влагалищному исследованию, акушерка обязана применять при этом строжайшие меры асептики и антисептики в отношении как своих рук, так и наружных половых органов беременной.

Влагалищным исследованием (рис. 68) удается выяснить состояние влагалища, шейного канала, степень открытия наруж-

ного зева, установить, цел ли плодный пузырь, какая часть плода предлежит, как предлежит, в каком отделе таза она находится; при высоко стоящей головке непременно определяют и диагональную конъюгату (стр. 150).

В редких случаях, когда обычные методы пальпации и аускультации не дают ясного представления о положении и предлежании плода, можно прибегнуть к рентгеновскому исследованию (рис. 69).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

При установлении беременности необходимо одновременно определить и срок этой беременности. Советским законодательством предусмотрена строгая охрана здоровья беременной женщины и ее будущего ребенка. Беременная освобождается от работы за 35 дней до родов.

Решением II Всесоюзного съезда колхозников-ударников в Устав сельскохозяйственной артели внесен пункт, имеющий силу закона, об отпусках беременным колхозницам. Закон предоставляет колхознице в последний месяц беременности отдых от работы; такой отдых имеет, бесспорно, важное значение как для беременной, так и для ее будущего ребенка.

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8/VII 1944 г. отпуск по беременности и родам работницам и женщинам-служащим увеличен с 63 до 77 дней (35 дней до родов и 42 дня после родов).

В случае ненормальных родов или рождения двойни отпуск после родов предоставляется продолжительностью в 56 дней (см. приложение стр. 571).

Многочисленными наблюдениями установлено, что у отдыхающих до родов женщин легче и лучше протекают роды, наблюдается значительно меньший процент послеродовых заболеваний, а дети, у таких матерей рождаются более здоровыми и большего веса, чем у матерей, не отдыхавших до родов.

Отдых беременным женщинам предусмотрен статьей 122 Конституции Союза ССР.

Продолжительность беременности человека в среднем исчисляется в 280 дней, т. е. в 40 недель или 10 акушерских (лунных) месяцев. В отдельных случаях продолжительность беременности может колебаться в пределах от 240 до 310 дней, что, конечно, затрудняет в каждом подобном случае точное определение срока беременности и срока родов.

К тому же исчислять срок беременности с фактического момента зачатия мы не можем, так как не можем точно установить этот момент. Выше (стр. 52) указывалось, что сперматозоиды в половых путях женщины сохраняют свою подвижность и способность оплодотворять яйцевую клетку в течение нескольких дней. Установить точно, в какой день произошло оплодотворение, невозможно.



Рис. 69а. Продольное головное положение



Рис. 69б. Продольное тазовое положение.



Рис. 69в. Поперечное положение плода



Рис. 69г. Двойня (оба в головном предлежании.)

Поз...
да не...
мать...
род...
Ч...бы т...
димо наб...
ст... 1—2
путем мы...
В практ...
родов вед...
При уста...
первого шев...
середине б...
но повторн...
раньше на 2
Понятн...
точными; по...
как это нер...
шевеление...
щина прин...
кишечника...
вить по воз...
чтобы жени...
месяц посл...
самое глав...
консультан...
Срок б...
отсчитыван...
Для исчис...
от первого...
назад и пр...
менструац...
октябрь...
получаем...
родов, ко...
лах межд...
стр 560)
Для...
хотся, на...
женной...
соединен...
сяца б...
головки...
живота...
О пр...
До 3 м...
малого...
влагал...

Поэтому определяемые нами сроки беременности могут иногда несколько колебаться; наша задача — всеми мерами максимально приблизиться к действительному сроку беременности и родов.

Чтобы точнее определить предполагаемый срок родов, необходимо наблюдать женщину с первого же месяца беременности, спустя 1—2 недели после задержки менструации; только таким путем мы можем избежать ошибок.

В практической работе исчисление срока беременности и родов ведется от первого дня последней менструации.

При установлении срока беременности надо учитывать и день первого шевеления плода; начало шевеления плода соответствует середине беременности. При этом следует иметь в виду, что обычно повторнобеременные начинают ощущать шевеление плода раньше на 2 недели — при 18 неделях беременности.

Понятно, эти отправные даты не всегда являются абсолютно точными; последней менструации женщина может и не помнить, как это нередко и бывает, или просто перепутать числа; первое шевеление плода — признак весьма субъективный; иногда женщина принимает за шевеление плода усиленную перистальтику кишечника. Однако необходимо наводящими вопросами установить по возможности точнее эти даты; необходимо добиваться, чтобы женщины точно запоминали и даже записывали день и месяц последней менструации и день первого шевеления плода, а самое главное надо добиваться, чтобы беременная являлась в консультацию или к акушерке возможно раньше.

Срок беременности в первые месяцы определяется простым отсчитыванием времени, какое прошло от последней менструации. Для исчисления срока родов поступают следующим образом: от первого дня последней менструации отсчитывают 3 месяца назад и прибавляют 7 дней; например, первый день последней менструации 10 декабря 1953 г.: отсчитав 3 месяца назад (ноябрь, октябрь, сентябрь), получаем 10 сентября; прибавляем 7 дней, получаем 17 сентября 1954 г. — это и будет предполагаемый срок родов, который в отдельных случаях может колебаться в пределах между 10 и 20 сентября (календарь дородового отпуска см. стр. 560).

Для более точного определения срока беременности пользуются, наряду с данными анамнеза, определением величины беременной матки, измерением высоты стояния дна ее над лонным сочленением, учитывая при этом установленные для каждого месяца беременности средние цифры, — определением положения головки, ее размеров, длины плода и измерением окружности живота беременной.

Определение ранних сроков беременности. До 3 месяцев беременности матка находится еще в полости малого таза — беременность до этого срока определяется путем влагалищного исследования. Перед влагалищным исследованием

женщина должна помочиться, а если в этот день не имела стула — очистить кишечник клизмой: переполненный мочевой пузырь, а равно и прямая кишка препятствуют правильному исследованию.

О сроке беременности судят по величине матки.

В конце II акушерского месяца беременности величина матки соответствует размерам гусиного яйца.

В конце III акушерского месяца беременности матка приблизительно соответствует величине головки новорожденного.

Начиная с IV месяца беременности, дно матки выходит из малого таза, поднимается над лонным сочленением и уже прощупывается через брюшную стенку (рис. 70).

В конце IV акушерского месяца беременности дно матки стоит на три поперечных пальца выше лонного сочленения.

В конце V акушерского месяца беременности дно матки стоит посредине между лоном и пупком.

В конце VI акушерского месяца беременности дно матки стоит на уровне пупка.

В конце VII акушерского месяца беременности дно матки стоит на три поперечных пальца выше пупка.

Рис. 70. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности.

В конце VIII акушерского месяца беременности дно матки стоит посредине между пупком и мечевидным отростком. К этому сроку начинает сглаживаться пупок; окружность живота достигает 80 см.

В конце IX акушерского месяца дно матки достигает подложечной области и стоит под мечевидным отростком, подпирая вверх диафрагму; это наивысшее стояние дна матки во время беременности. Пупок сглажен; окружность живота достигает 90 см. В дальнейшем растущая беременная матка начинает отклоняться кпереди, вследствие чего дно ее несколько опускается.

В конце X акушерского месяца беременности дно матки опускается приблизительно до того уровня, на котором оно стояло в конце VIII лунного месяца, т. е. до середины между мечевидным отростком и пупком. При этом необходимо принимать во внимание, что в отличие от VIII акушерского месяца к X месяцу обычно сглаженный до этого пупок выпячивается,

стула — очистить кишечник клизмой. Перед исследованием пузыря, а равно и прямая кишка препятствуют исследованию.

О сроке беременности судят по величине матки.

В конце II акушерского месяца высота дна матки соответствует размерам гусиного яйца.

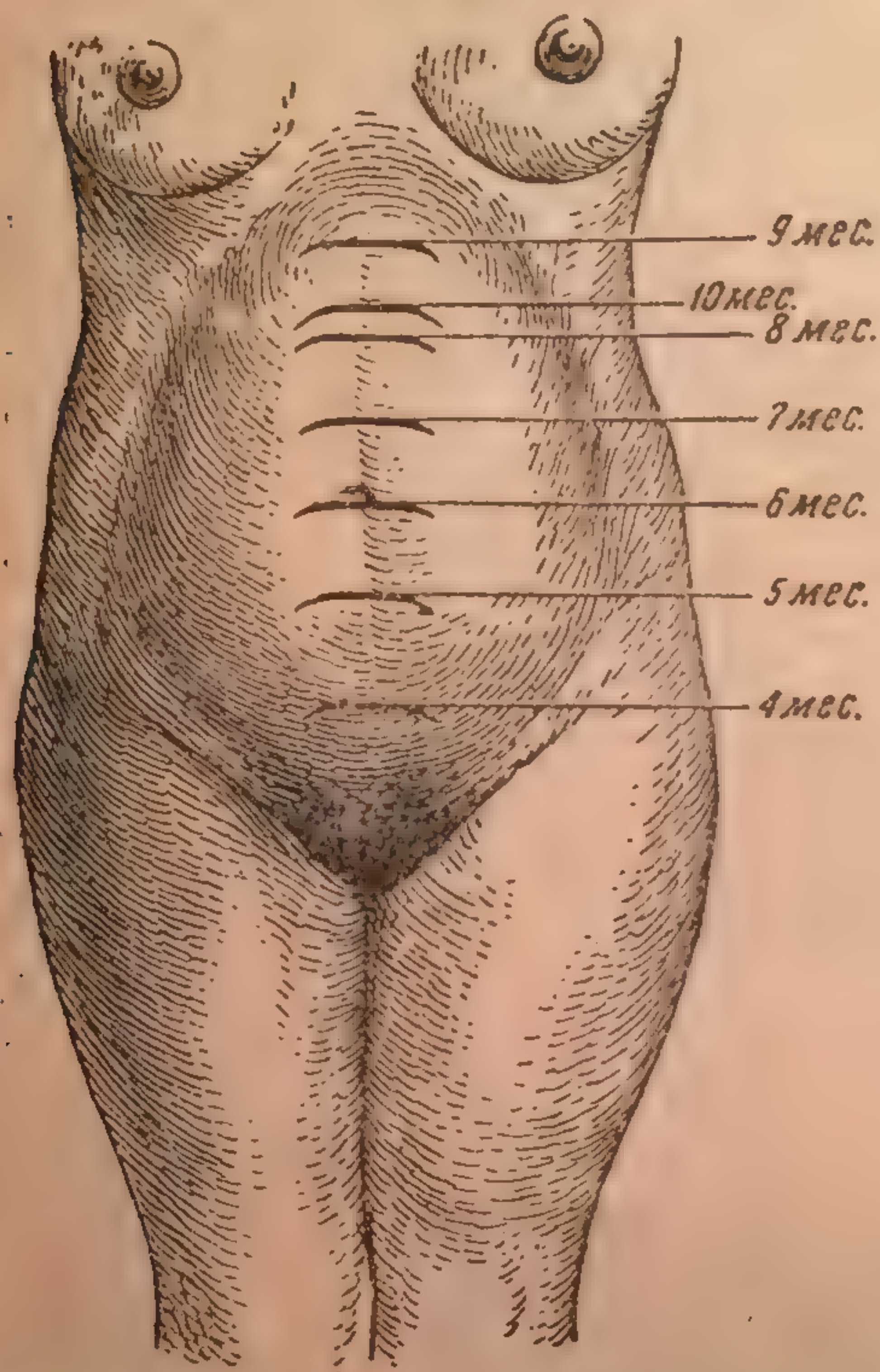


Рис. 70. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности.

В конце III

месяца беременности высота дна матки приблизительно соответствует размеру головки новорожденного.

Начиная с IV акушерского месяца, дно матки выходит из таза, поднимается кверху и сгибается в тазобедренном суставе, вследствие чего оно уже не проходит через брюшную стенку.

В конце IV акушерского месяца беременности дно матки стоит на три поперечных пальца выше лонного сочленения.

В конце V акушерского месяца беременности дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком.

В конце VI акушерского месяца беременности дно матки стоит на уровне пупка.

В конце VII акушерского месяца беременности дно матки стоит на три поперечных пальца выше пупка.

В конце VIII акушерского месяца беременности дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком. В этот срок начинает сглаживаться пупок; окружность живота достигает 80 см.

В конце IX акушерского месяца дно матки подложечной области и стоит под мечевидным отростком, направляясь вверх диафрагму; это наивысшее стояние дна матки.

к этому же сроку размеры головки плода значительно больше. головка стоит низко и окружность живота достигает 96—97 см.

Измерение высоты стояния дна матки над лоном можно производить сантиметровой лентой (рис. 71, а) или тазомером в

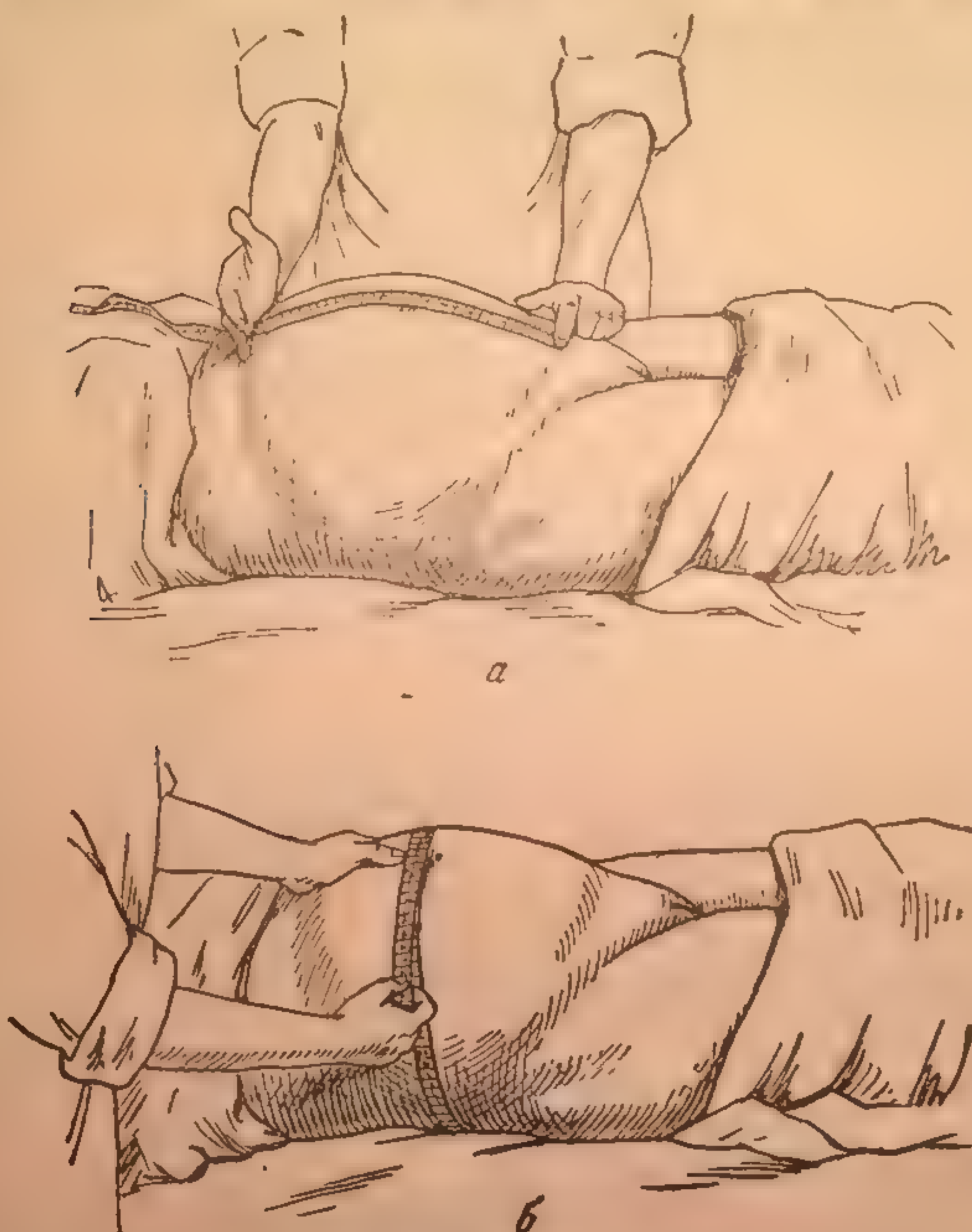


Рис. 71. Измерение сантиметровой лентой
а — высоты стояния дна матки; б — окружности живота.

лежащем положении беременной с вытянутыми ногами; перед измерением высоты стояния дна матки необходимо, чтобы женщина помочилась.

Срок беременности				Расстояние между верхним краем лона и дном матки при изме- рении сантиметровой лентой (рис. 70)
В	конце	IV	месяца	6
»	»	V	»	12
»	»	VI	»	20—24
»	»	VII	»	24—28
»	»	VIII	»	28—30
»	»	IX	»	32—34
»	»	X	»	28—30

При измерении тазомером одну пуговку тазомера помещают на верхний край лона, а другую — на дно матки; при этом способе измерения высоты стояния дна матки расстояния между верхним краем лона и дном матки по месяцам беременности будут несколько меньшими, так как они определяются по прямой линии, а не по дуге. Следует у одной и той же женщины в течение всей беременности каждый раз пользоваться одним и тем же



Рис. 72. Измерение расстояния между головкой и ягодицами плода с помощью тазомера.

способом измерения. Повторные измерения у данной женщины должна проводить одна и та же акушерка. Стояние дна матки в среднем за каждый календарный месяц повышается на 4 см.

Окружность живота измеряется сантиметровой лентой, проходящей спереди через пупок, а сзади — через середину поясничной области (рис. 71, б).

При наружном исследовании беременной на последнем месяце беременности обращают внимание на положение головки, у первородящих обычно в последние 2 недели перед родами головка начинает прижиматься ко входу таза и часто уже плотно уста-

навливается во входе — ее трудно сдвинуть; у повторнородящих головка остается подвижной над входом таза до самых родов.

Определение длины плода также позволяет ориентироваться в сроке беременности. При продольном положении плода измеряют расстояние от головки до ягодиц.

Для подобного измерения необходимо, чтобы была податливая брюшная стенка и чтобы хорошо прощупывались оба полюса (нижний и верхний) плода.

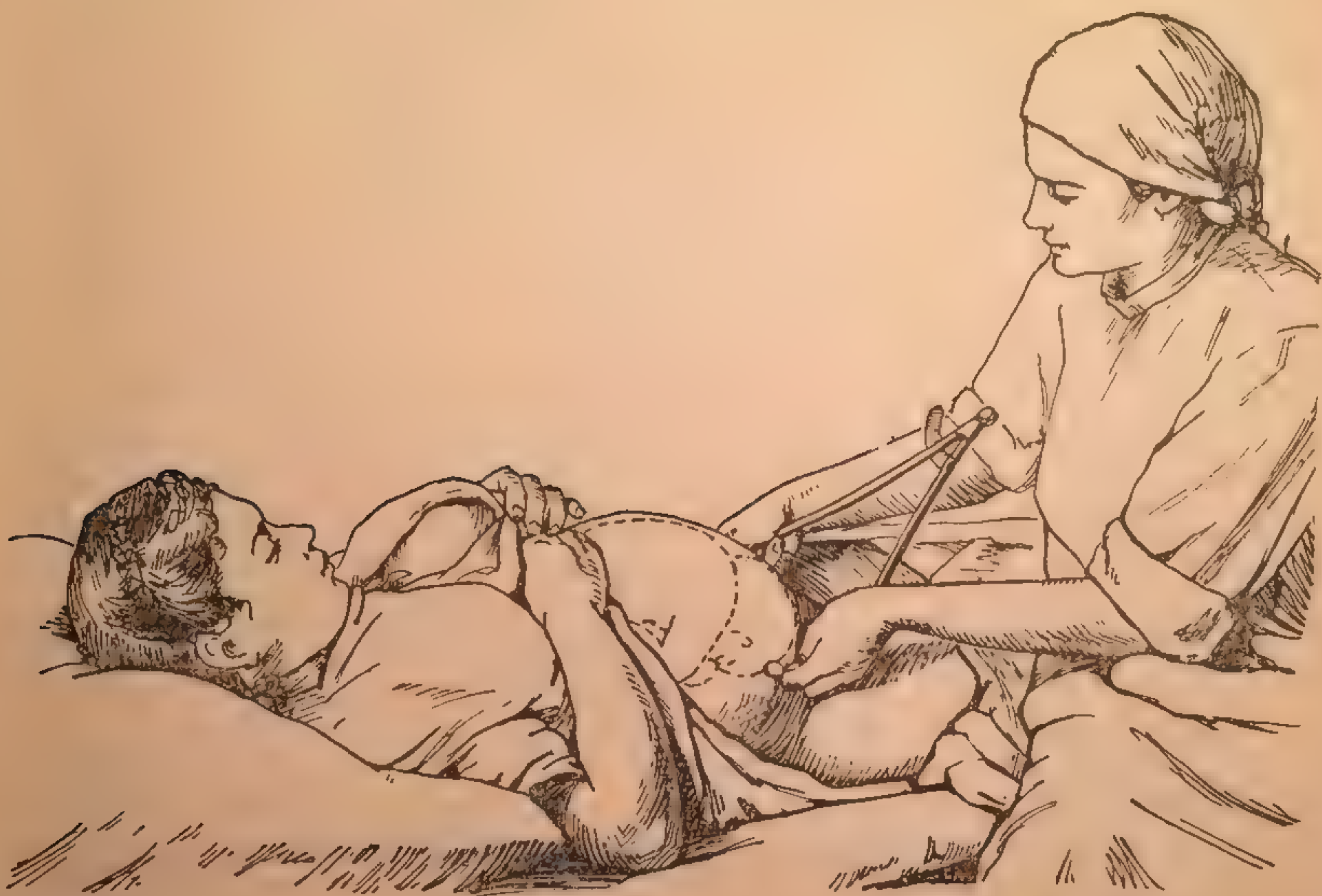


Рис. 73. Определение лобно-затылочного размера предлежащей головки.

Измерение производится тазомером, одну ножку которого устанавливают на выдающуюся нижнюю часть головки, другую — на верхнюю часть ягодиц (рис. 72). Измеренное таким образом расстояние приблизительно в два раза меньше длины плода, т. е. полученное число надо умножить на 2, чтобы узнать длину плода.

В это вычисление вносят некоторую поправку, учитывая толщину брюшной стенки и стенок матки — обычно из полученного произведения вычитают 2. Так, например, если расстояние между головкой и ягодицами равняется 20 см, надо 20 умножить на 2 и вычесть 2, получится 38 см, что соответствует длине плода около 8 лунных месяцев беременности.

Длина плода по месяцам беременности, как выше указывалось, начиная с V месяца, соответствует произведению цифры месяца, умноженной на 5 (стр. 67).

Определение величины головки. Через податливую брюшную стенку можно измерить тазомером лобно-затылочный (прямой) размер головки (рис. 73). Так, при 32 неделях беременности (8 акушерских месяцев) лобно-затылочный размер головки плода в среднем равен 9,5 см, а при 35 неделях беременности — 11 см.

Полученные данные исследования беременной женщины заносятся полностью в карту беременной (стр. 535).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА ДОРОДОВОГО ОТПУСКА

Точно определить срок беременности, как мы указывали, трудно, так как нельзя безошибочно установить день зачатия. Трудно установить точно и день родов, возможны индивидуальные колебания продолжительности беременности.

Наблюдения показывают, что величина матки не у всех женщин строго соответствует сроку беременности, указанному в схеме. Расстояние между лоном, пупком и мечевидным отростком у разных женщин различно. Поэтому высота стояния дна матки по отношению к этим пунктам может индивидуально колебаться.

Указанная выше схема имеет в виду женщин, физическое развитие которых соответствует среднему, нормальному типу и у которых отсутствуют какие-либо случайные факторы, могущие сами по себе повлиять на высоту стояния беременной матки (искривление поясничного отдела позвоночника, косо суженный таз, седлообразная матка, поперечное положение плода, многоплодие, многоводие и некоторые другие).

Однако, несмотря на указанные трудности, при правильной организации работы женской консультации советские акушеры и акушерки добились больших успехов и, несомненно, добьются еще больших.

В разработке вопросов, связанных с определением срока беременности и особенно срока предстоящих родов, первое и основное место принадлежит советским акушерам, а среди них Б. А. Либову и К. М. Фигурнову. Подробное изучение на протяжении всей беременности большого количества беременных позволило им выявить объективные признаки, характерные для различных сроков беременности. Разработаны схемы, позволяющие при практической работе ориентироваться в определении срока беременности и срока предстоящих родов.

Надо все же отметить, что при всех бесспорных достоинствах упомянутых схем ими надо пользоваться только как вспомогательными и ориентировочными.

Прежде всего необходимо, чтобы акушерка в течение всей беременности ежемесячно наблюдала беременную с первых же дней после задержки менструации — это основное, что дает возможность точнее определять сроки беременности и родов. Необходимо хорошо овладеть методами исследования беременной, быть

при этом очень внимательной и не забывать записывать точно и аккуратно в карту беременной все данные, полученные при каждом исследовании. Сопоставление данных нескольких повторных исследований дает возможность легче ориентироваться в уточнении сроков беременности и родов.

Приводя ниже объективные данные для определения 35—36-недельной беременности, т. е. сроков, когда беременная работница или колхозница должна получить полагающийся отпуск, следует помнить, что они являются ориентировочными, вспомогательными. Эти данные — средние; они хороши только в сочетании со всеми другими данными, отмеченными на протяжении всей беременности. Если же беременная приходит впервые лишь в тот момент, когда ей, по ее расчетам, надо идти в отпуск, и других данных на протяжении всей беременности нет, то в этом случае возможны ошибки. Примерная схема для определения срока 35—36-недельной беременности основана на определении размеров матки и плода, на сопоставлении размеров головки и ее положения по отношению ко входу таза.

Высота стояния дна матки в 35—36 недель беременности приближается к мечевидному отростку и стоит у большинства женщин в 35 недель беременности на 2—3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, а в 36 недель — у мечевидного отростка. При измерении высоты стояния дна матки сантиметровой лентой в указанные сроки беременности расстояние от лона равно в среднем 31—33 см или 23—25 см при измерении тазомером. Матка своими верхне-боковыми отделами очень близко подходит к реберным дугам, и в 36 недель беременности почти невозможно продвинуть ладонь между маткой и реберной дугой.

Головка плода к этому сроку у большинства первородящих женщин с нормальным тазом плотно прижата ко входу в таз, а у повторнородящих головка остается подвижной — баллотирует низко над входом в таз.

Лобно-затылочный размер (рис. 73) головки, измеренный тазомером, равен в среднем 11 см; головка плотная.

При тазовых предлежаниях дно матки стоит на 2—3 см выше, чем в тот же срок беременности при головных предлежаниях.

Окружность живота к 35—36 неделям беременности равняется 92 см. Однако это весьма относительный признак; длина окружности меняется в зависимости от толщины брюшной стенки и состояния кишечника.

При поперечном и косом положении плода нельзя исходить из высоты стояния дна матки и отношения предлежащей части ко входу в таз. В этих случаях измеряют длину плода, определяя расстояние между двумя наиболее удаленными точками головки и ягодиц.

К 35—36 неделям беременности начинает сглаживаться пупок.

В особо затруднительных случаях, если беременная, например, впервые обращается, когда ей надо получить дородовой отпуск, для уточнения срока беременности иногда приходится прибегать к влагалищному исследованию.

Обычно к 35—36-й неделе беременности у первородящих шейка укорочена, наружный зев, а иногда и канал, пропускает палец, но не далее внутреннего зева, а у повторнородящих палец проходит через весь укороченный канал даже за внутренний зев.

Состояние влагалищной части матки неодинаково у всех женщин, почему один только этот признак недостаточен. Поэтому, учитывая опасность занесения инфекции, к влагалищному исследованию с подобной целью прибегают крайне редко.

Глава VI

ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОСТИ

Половая жизнь женщины связана с отправлением функций материнства — беременностью, родами, кормлением.

Наиболее благоприятным возрастом для первой беременности в отношении здоровья как матери, так и ее будущего ребенка принято считать 20—25 лет.

Слишком раннее начало половой жизни и особенно ранняя беременность вредны как матери, так и ее будущему ребенку, предъявляя к неокрепшему, еще не сформировавшемуся организму девушки-подростка новые и большие требования.

Следует отметить, что и слишком поздние браки имеют свои отрицательные стороны. С возрастом эластичность тканей ухудшается. У пожилых первородящих тяжелее протекает беременность и особенно роды, которые часто носят затяжной характер, что опасно как для матери, так и для плода.

При первом половом сношении девственная плева разрывается и кровоточит. Иногда это кровотечение бывает значительным и, — правда, в очень редких случаях — может потребовать даже медицинской помощи. Разрывы девственной плевы могут стать воротами для внедрения инфекции, поэтому после первого полового сношения рекомендуется сделать перерыв на 2—3 дня.

Следует отметить, что слишком частые половые сношения утомляют и женщину и мужчину. Половые излишества неблагоприятно влияют на состояние нервной системы, ведут нередко к расстройствам в половой сфере (боли, кровотечения).

Беременность представляет собой физиологический процесс, оздоравливающий женский организм. Однако большие запросы, предъявляемые беременностью к организму женщины, требуют проведения ряда специальных дополнительных оздоровительных мероприятий.

Организм женщины во время беременности является той средой, в которой из эмбриона развивается организм плода. Из этой среды внутриутробный плод извлекает необходимые для его роста и развития питательные вещества: сюда же он отдает образующиеся у него конечные продукты обмена веществ.

Организм беременной женщины обеспечивает растущий организм необходимыми питательными материалами и вместе с тем обезвреживает конечные продукты обмена веществ плода и выводит их. Понимая беременность как функцию всего организма в его неразрывной связи с внешней средой, как единство жизнедеятельности организма матери и внутриутробного плода, мы уясняем себе значение своевременно проводимых мероприятий (улучшение условий труда, быта, питания и другие), способствующих оздоровлению женщины. Эти мероприятия предупреждают и устраняют факторы, которые могут вести к нарушению нормального течения беременности, а следовательно, и к нарушению нормального развития плода.

Изучение физиологических и патологических процессов в женском организме при беременности позволило выявить ряд закономерностей во взаимосвязи и взаимозависимости между организмом матери и плода, выявить влияние различных факторов внешней среды на состояние организма беременной и растущего плода.

Когда говорят о гигиене беременной, имеют в виду комплекс мероприятий, целью которых является сохранить здоровье беременной, способствовать развитию здорового плода и довести беременность до нормального срока.

Гигиена беременности должна пониматься в широком смысле как гигиена женщины и одновременно как дородовая (так называемая антенатальная) охрана здоровья младенца.

Понятно, было бы неправильно говорить о гигиене беременной в отрыве от гигиены женщины до беременности, начиная с ее раннего детского возраста. Беременность представляет собой новое качественное состояние организма, требующее в этом периоде только некоторых изменений и дополнений в проведении гигиенических мероприятий.

Здоровая женщина, соблюдающая рациональный режим, сочетающая труд с отдыхом, нормально питающаяся, в достаточной степени пользующаяся свежим воздухом, прекрасно справляется с новым состоянием, каким является беременность. Беременность в подобных случаях является оздоровляющим моментом; для первобеременных женщин беременность нередко является фактором, способствующим доразвитию организма.

При несоблюдении надлежащего режима беременность незаметно из физиологического состояния может перейти в патологическое.

Тщательно наблюдая за женщиной с первого месяца беременности, внимательно изучая каждую беременную, можно во-время выявить те или иные отклонения в состоянии ее здоровья.

На этом основании можно предвидеть возможность патологии в течении беременности и своевременным проведением профилактических и лечебных мероприятий предотвратить ее.

В Советском Союзе в городах эту работу выполняют врачи и акушерки родильных домов и консультаций для женщин, в колхозах — акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов при периодической консультации врача.

Широко проводимой в консультациях, на производстве, в колхозах санитарно-просветительной работой следует добиваться, чтобы каждая беременная женщина поняла, что ей необходимо с первых недель беременности посещать консультацию. В консультации выясняют состояние здоровья беременной и в каждом отдельном случае индивидуально проводят те или иные мероприятия, направленные к сохранению нормальной беременности. Так, например, беременной женщине, у которой в прошлом были самопроизвольные выкидыши, запрещают резкие движения, длительную ходьбу, а в некоторых случаях ее направляют в стационар для соответствующего лечения.

Если у беременной обнаруживается какое-нибудь заболевание, например, сифилис, малярия, глистная инвазия и другие, то своевременным лечением предупреждают их развитие, равно как и развитие токсикозов беременности, наступление преждевременных родов, рождение недоношенного или неполноценного ребенка и мертворождаемость.

Питание беременной. Среди гигиенических мероприятий во время беременности особое место занимает питание беременной. Рядом наблюдений установлено, что при нерациональном питании отмечается большой процент токсикозов и других осложнений беременности (преждевременные роды, эклампсия, рождение слабого ребенка). Рациональное питание является не только профилактикой, но и лечением токсикозов и ряда других осложнений беременности.

Пища должна содержать достаточное количество солей железа, извести; поэтому беременным рекомендуется употреблять в пищу яйца, овощи, содержащие много солей железа. У некоторых беременных с первых же месяцев появляется влечение к кислой пище, иногда к таким вещам, как известь и мел. При нормально протекающей беременности можно разрешить употребление кислых блюд, а вместо извести и мела рекомендуется принимать препараты кальция. Разрешается употреблять отварное мясо и другие полноценные белки; потребление углеводов должно быть увеличено.

При появлении первых признаков отека режим питания должен быть изменен: ограничивается употребление жидкостей, поваренной соли, мяса, жира и пряностей.

Пища должна содержать, помимо белков, жиров, углеводов и минеральных солей, достаточное количество витаминов.

Витамин С (аскорбиновая кислота) способствует сохранению беременности; при недостатке в организме беременной этого витамина чаще наступает прерывание беременности. Витамин С содержится в большом количестве в шиповнике, черной

смородине, в капусте и в других овощах, фруктах, ягодах, которые беременная должна широко употреблять. При отсутствии такой возможности (зимой, весной) рекомендуется принимать витамин С в виде аскорбиновой кислоты с глюкозой или в виде патентованных таблеток и драже (*Acidi ascorbinici* 0,2; *Sacchari albi* 0,3 3 раза в день по 1 порошку).

В и т а м и н В₁ предупреждает развитие рвоты у беременных, развитие полиневритов. Значительный недостаток, а тем более отсутствие этого витамина в организме беременной ведет к быстрой утомляемости, развитию нервно-мышечной слабости, неполноценной родовой деятельности. Витамин В₁ содержится в черном хлебе, в дрожжах, в бобах. Можно пользоваться и готовыми препаратами в виде пилюль. Суточный прием витамина В₁ соответствует 10—20 мг.

В и т а м и н А повышает сопротивляемость организма, предупреждает развитие куриной слепоты. Он содержится в больших количествах в печени рыб, в моркови. Как указывалось выше, в моркови находится каротин, превращающийся в организме в витамин А; можно пользоваться и готовыми препаратами в виде пилюль (2—4 пилюли в день) или в жидком виде (1—2 капли 2 раза в день во время еды).

В и т а м и н D, иначе называемый антирахитическим, предупреждает развитие рахита у плода, играет большую роль в регуляции кальциевого и фосфорного обмена у беременной. Содержится витамин D в рыбьем жире; беременная должна принимать его по 1 столовой ложке 2 раза в день до еды.

В и т а м и н Е способствует сохранению беременности, особенно в случаях повторных недонашиваний, способствует нормальному развитию эмбриона.

Содержится витамин Е в большом количестве в проросших зернах пшеницы, в салате; имеется и синтетический препарат витамина Е. Последний применяется в течение первой половины беременности, иногда и дольше, до 6—7 месяцев, в виде жидкого препарата в дозе от 20 до 30 мг в сутки.

На растущий плод, наряду с другими веществами, расходуются значительное количество солей кальция (стр. 80), при недостаточности их в организме беременной отмечаются изменения в костях, ухудшается течение кариозных процессов в зубах. Необходимо поэтому увеличить потребление с пищей кальциевых солей; имеющиеся у беременной больные зубы необходимо лечить, запломбировать или удалить. Существовавшее мнение, будто при беременности нельзя удалять или лечить больные зубы, неверно. Оставленный больной зуб представляет большую опасность в послеродовом периоде; бактерии, находящиеся в больном зубе, могут перейти в кровяное русло и лимфатическую систему и вызвать тяжелые послеродовые заболевания.

Ультрафиолетовое облучение повышает образование в организме беременной витамина D, а последний, как известно, игра-

ет большую роль в регуляции кальциевого и фосфорного обмена. Ультрафиолетовые лучи убивают бактерий, что также важно для беременной.

Поэтому в целях оздоровления и профилактики послеродовых заболеваний проводят облучение беременных. Обычно такое облучение проводится в женских консультациях в последние два месяца беременности.

Противопоказаниями к облучению являются: малярия, активный туберкулез, тяжелое заболевание почек.

Надо обращать внимание на количество потребляемой жидкости. Беременность обычно сопровождается жаждой, между тем введение слишком большого количества воды в организм может иногда привести к нарушению водного обмена; особенно должно быть ограничено потребление жидкости при заболеваниях почек и сердца. Среднее количество принимаемой за сутки жидкости при нормальном течении беременности не должно превышать 5 стаканов. При этом следует учитывать количество выделяемой за сутки мочи (диурез) — оно должно примерно соответствовать количеству выпитой жидкости.

При беременности, сопровождающейся тошнотой и рвотой, рекомендуется первый утренний завтрак принимать лежа в постели; после каждой следующей еды в течение дня также следует лежать. Лучше есть чаще (4—5 раз в день), но небольшими порциями; не следует есть сразу много. Во второй половине беременности должно быть ограничено потребление поваренной соли, мясных экстрактов (мясные супы).

Во время беременности запрещаются спиртные напитки; не следует без необходимости назначать беременной лекарственные вещества, так как они переходят через плаценту к плоду.

В течение всей беременности необходимо следить за правильной работой кишечника, регулируя его деятельность соответствующей диетой, назначая простоквашу, сливы, яблоки; в крайнем случае, если продолжают запоры, приходится прибегать к клизмам; никаких слабительных без указания врача назначать не следует.

В столовых на производствах, где работает много женщин, введены меню для беременных с учетом изложенных выше особенностей; это меню проверяется и назначается либо врачом данного производства, либо акушеркой женской консультации, прикрепленной к предприятию. Это мероприятие является профилактикой осложнений беременности и антенатальной охраной здоровья младенца.

Как показывают наблюдения, соблюдение рекомендуемого пищевого режима способствует и более легкому и менее болезненному течению родов.

Сон беременной в среднем составляет 8—9 часов в сутки: продолжительный сон днем нецелесообразен, так как из-за этого беременная плохо или совсем не спит ночью.

Беременной рекомендуется длительное пребывание на воздухе, но без утомительных прогулок; желательно, чтобы часы прогулок были по возможности одни и те же; на прогулке беременная должна стараться глубоко дышать.

Необходимо часто и хорошо проветривать комнату, чтобы и дома был постоянно свежий воздух.

Следует избегать переутомления; нельзя допускать во время беременности поднятия и переноса больших тяжестей, работу, связанную с сотрясением тела.

Колоссальное значение во время беременности имеет личная гигиена.

Ежедневно надо обмывать туловище и молочные железы чистой комнатной водой с последующим обтиранием мохнатым полотенцем. Чистая кожа лучше функционирует, что особенно важно во время беременности. Не следует принимать горячих ванн — они утомляют беременную. В обычной теплой бане или ванне (температура воды 34—35°) беременная должна находиться не более 12—15 минут. На последнем месяце беременности надо пользоваться только душем или мыться, сидя на поставленной в ванну скамейке.

Речные купанья при нормально протекающей беременности могут быть разрешены, однако категорически следует запретить далекие заплывы, так как при беременности скорее могут наступить судороги конечностей. Все водные процедуры, помимо того, что они необходимы для поддержания чистоты тела, оказывают благотворное влияние на состояние нервной системы и на общий обмен.

Наружные половые органы необходимо ежедневно обмывать чуть теплой кипяченой водой с мылом предварительно чисто вымытыми руками. Рекомендуется делать подмывание следующим образом: женщина наливает кипяченую воду в кружку Эсмарха или в кувшин, или в большой чайник и, сидя на корточках над тазиком, одной рукой поливает воду, а другой подмывается; движения подмывающей руки должны быть направлены от лобка к заднему проходу, но не обратно. Во второй половине беременности, когда женщине трудно сидеть на корточках, подмывание следует производить лежа, удобнее всего из кружки Эсмарха, не особенно сильной струей. Подмывают только наружные половые органы; никаких спринцеваний или влагалищных манипуляций во время беременности делать не следует.

Благодаря способности влагалищного эпителия к самоочищению, влагалище к моменту родов оказывается сравнительно «чистым»; спринцевания же понижают способность здорового влагалища к самоочищению и часто, наоборот, ведут к загрязнению его.

Если у беременной имеются обильные выделения, к тому же еще гноевидные, необходима врачебная консультация.

Ногти у беременной должны быть коротко острижены; особенно это важно перед родами, так как под длинными ногтями скапливается грязь, что угрожает беременной инфекцией.

Беременная должна спать в отдельной кровати. У беременных отмечается большая потливость, а отсюда, стало быть, и более быстрое загрязнение белья; постельное белье необходимо менять не реже одного раза в неделю. Одеяло должно быть с пододеяльником.

Половые сношения во время беременности по возможности должны быть ограничены, особенно в первые два месяца бере-

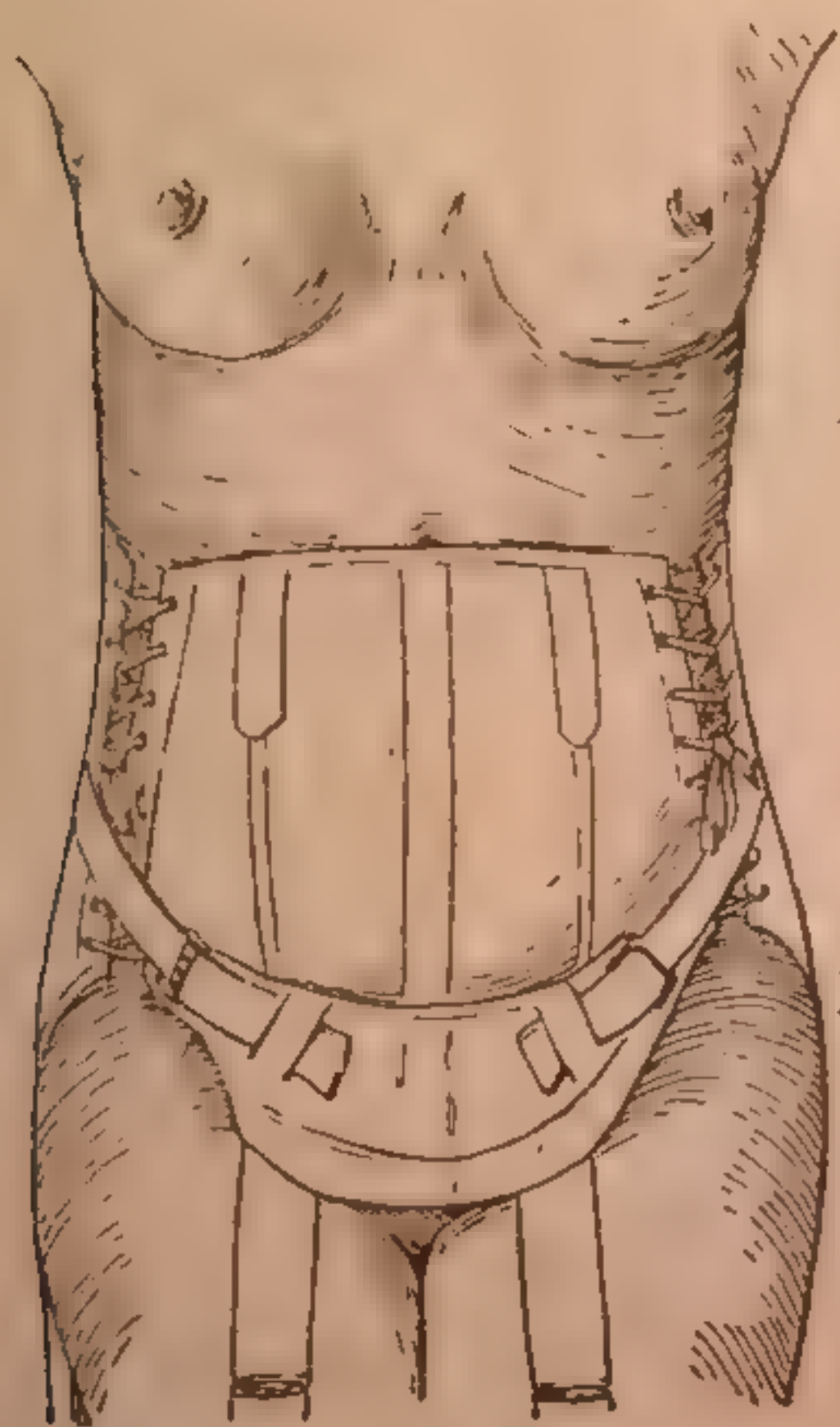


Рис. 74. Бандаж для беременной. К бандажу на резинках пристегиваются чулки.

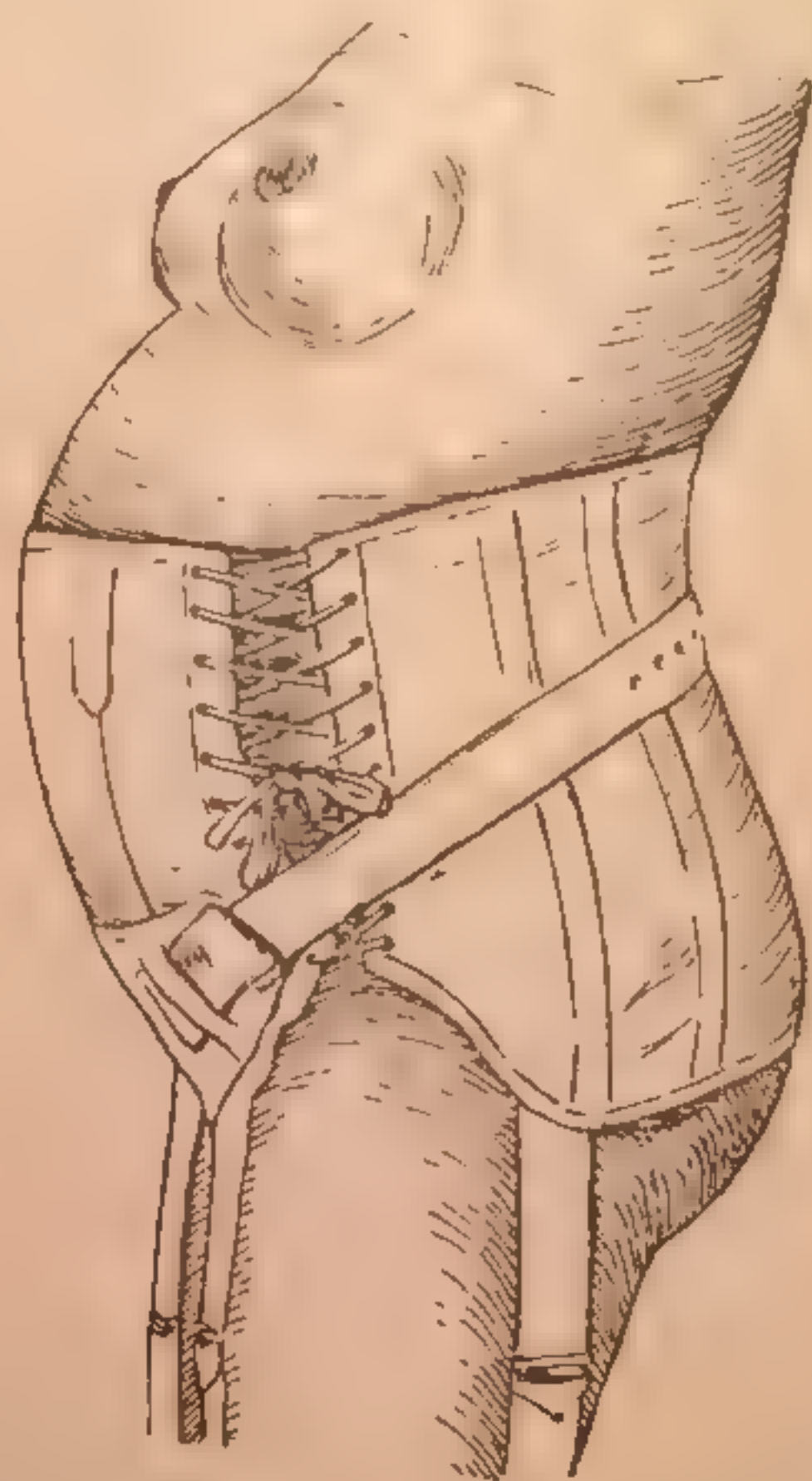


Рис. 75. Бандаж для беременной (вид сбоку).

менности, и совершенно исключены в последние полтора месяца. В первые месяцы беременности частые половые сношения могут привести к выкидышу, а в последние месяцы беременности возможно занесение болезнетворных микробов во влагалище, что угрожает опасностью инфекции при родах.

В целях профилактики послеродовых заболеваний беременная, особенно в последние месяцы беременности, не должна соприкасаться с заразными больными.

Одежда и обувь беременной должны быть легкими и свободными; тугие подвязки, тесемки вокруг туловища и ног не следует применять; все платья должны быть свободными; подвязки, туго обхватывающие голени и затрудняющие нормальное кровообращение, должны быть заменены длинными резинками или тесемками, пристегивающимися к лифчику или бандажу. Ботинки

или туфли должны быть на низких каблуках и не должны сжимать ногу.

С VI—VII месяца беременности рекомендуется носить бандаж (рис. 74 и 75); если нет бандажа, можно подвязывать живот широким полотенцем — это необходимо как для сохранения правильного положения матки, так и для предупреждения сильного растяжения брюшной стенки.

Подготовка молочных желез к будущему кормлению проводится по различным методам. Применяют различные способы подготовки сосков: ежедневные обтирания спиртом, раствором таннина, различные методы размягчения соска, освещение сосков кварцевой лампой. Основная цель применения всех этих средств — предупредить образование трещин на сосках, являющихся входными воротами для инфекции, приводящей к воспалению молочной железы (мастит). Следует отметить, что ни одно из применяемых средств, к сожалению, не гарантирует от образования трещин на сосках. Повидимому,

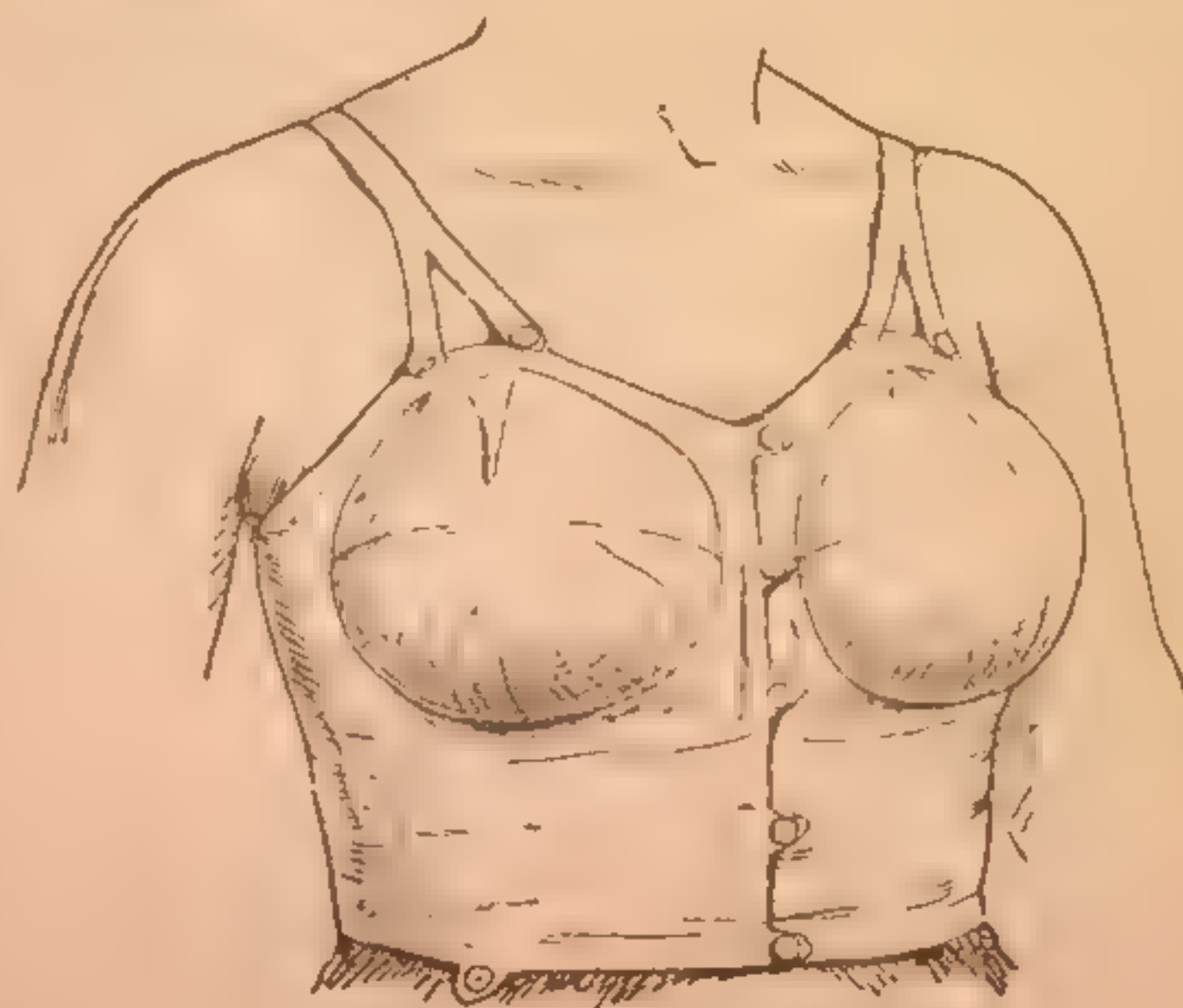


Рис. 76. Лифчик с бретельками для беременной.

в возникновении трещин сосков имеет значение недостаточное развитие соска, недостаточное напряжение его в момент захватывания ребенком, неправильная техника первых кормлений грудью, неправильное захватывание соска губами ребенка.

Рекомендуется ежедневно обмывать молочные железы обычной комнатной водой с мылом и вытирать их грубым, лучше мохнатым, полотенцем, носить удобный, не сильно сдавливающий грудь лифчик (рис. 76), сшитый из грубого холста, что ведет к огрубению кожи сосков и является подготовкой их для кормления. По некоторым авторам, такой метод подготовки является и упражнением расположенного здесь альвеолярно-соскового нервно-мышечного аппарата молочной железы. При очень плоском или втянутом соске приходится прибегать к массажу, чтобы вытянуть сосок. Для этого предварительно чисто моют руки и пальцами захватывают и вытягивают сосок; такое захватывание и вытягивание повторяют в течение 3—5 минут. В основе этого метода, повидимому, лежит тот же указанный выше фактор.

Если массаж не приводит к цели, его следует оставить и пользоваться впоследствии, если понадобится, специальной накладкой при кормлении. Следует отметить, что правильное физическое воспитание девушки является профилактикой трещин сосков.

Среди оздоровительных мероприятий во время беременности видное место принадлежит гимнастике.

Рациональная гимнастика повышает жизнедеятельность всего организма: укрепляет мышцы брюшной стенки и предупреждает образование так называемых рубцов беременности; гимнастикой достигается большая эластичность мышц тазового дна, и тем предупреждаются разрывы промежности при родах; благоприятнее протекают роды и послеродовой период.

Проведение гимнастики требует строгого врачебного контроля в смысле подбора упражнений, длительности их с учетом состояния, реакции беременной, с учетом первой или повторной беременности, срока беременности и, понятно, с учетом имеющихся противопоказаний.

Одно дело — гимнастика в первые два-три месяца беременности и совсем другое — в конце беременности. Выбирает и назначает упражнения врач. Упражнения в первые месяцы беременности проводятся в положении стоя, во второй половине — в положении лежа и стоя.

Длительность упражнения не должна превышать 2—3 минут; пауза (отдых) после каждого упражнения должна продолжаться 30—40 секунд, а общая продолжительность ежедневных занятий не должна превышать 15—20 минут.

Гимнастику с беременными проводят первое время в консультации, а затем, когда женщина усвоит упражнения и темп их проведения (записывают на отдельном листке), она ежедневно проводит их у себя дома.

При проведении индивидуальной гимнастики на дому необходимо, чтобы беременная раз в неделю приходила в консультацию для проверки и получения дальнейших указаний врача.

В течение беременности — и это особенно важно — нужно оберегать женщину от каких-либо переживаний и по возможности способствовать созданию положительных эмоций, хорошего, бодрого, настроения.

В последние два месяца проводят беседы, имеющие целью создать у женщины правильное представление о родах. Таким путем удастся рассеять имеющийся у женщин страх перед предстоящими родами и добиться сравнительно безболезненного течения их (психопрофилактический метод подготовки к родам, стр. 232).

Мероприятия, изложенные в настоящей главе, имеют целью сохранить здоровье беременной и ее будущего ребенка, создать такие условия, при которых беременная женщина была бы правильно подготовлена к предстоящим родам, а в дальнейшем к кормлению и воспитанию ребенка. Эта ответственная работа в городах проводится врачами и акушерками женских консультаций, а на селе — акушеркой колхозного родильного дома и фельдшерско-акушерского пункта.

Глава VII

ЖЕНСКИЙ ТАЗ

Таз — костный канал, скрепленный связками. Внутри него расположены внутренние половые органы женщины и окружающие их органы и ткани.

В акушерстве таз изучается не только как часть скелета с определенными функциями, но и как проводной путь, по которому во время родов продвигается плод.

В зависимости от различных неблагоприятных условий развития таза в детстве, форма и размеры его могут изменяться: таз суживается, что создает большие или меньшие затруднения при прохождении плода.

Важной задачей в работе акушерки является предупреждение образования неправильного таза, для чего проводятся мероприятия по охране здоровья девочки; сюда входят все профилактические мероприятия на протяжении беременности (дородовая охрана здоровья ребенка) и от периода новорожденности до окончательного формирования взрослой женщины — мероприятия, объединяемые понятием гигиены вообще и гигиены женщины в частности.

Имея дело с уже сформировавшимися женщинами, говорить о какой-либо профилактике аномалии таза, конечно, поздно; здесь задача сводится к возможной профилактике патологии родов и оказанию специальной помощи при родах. Своевременное распознавание и направление женщины с аномалией таза в консультацию к врачу, заблаговременное направление беременной в стационар родильного дома являются единственно правильным способом предотвратить опасность, грозящую матери, а в громадном большинстве случаев и плоду.

ТАЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ

Чтобы понять механизм прохождения плода по родовому каналу и своевременно предвидеть возможную патологию при родах, связанную с неправильностями таза, акушерке необходимо знать строение женского таза и уметь определять его размеры и форму.

Таз взрослой женщины состоит из четырех костей: две кости ограничивают таз с боковых сторон — это так называемые безымянные (*ossa innominata*), или тазовые, кости (рис. 77), две же другие расположены сзади — крестец (*os sacrum*) и копчик (*os coccygis*).

Каждая безымянная кость представляет собой сложную кость, образовавшуюся в процессе окостенения из слияния трех костей: подвздошной, лонной и седалищной, сходящихся в области вертлужной впадины (*acetabulum*).

Подвздошная кость (*os ileum*) лежит кверху от вертлужной впадины; лонная (*os pubis*) — кпереди, а седалищная (*os ischii*) — книзу. До 16-летнего возраста эти кости отделены одна от другой хрящевыми простойками, которые позже окостеневают. Вертлужная впадина находится на наружной стороне безымянной кости; при помощи связок она сочленена с головкой бедренной кости, образуя тазобедренное сочленение.

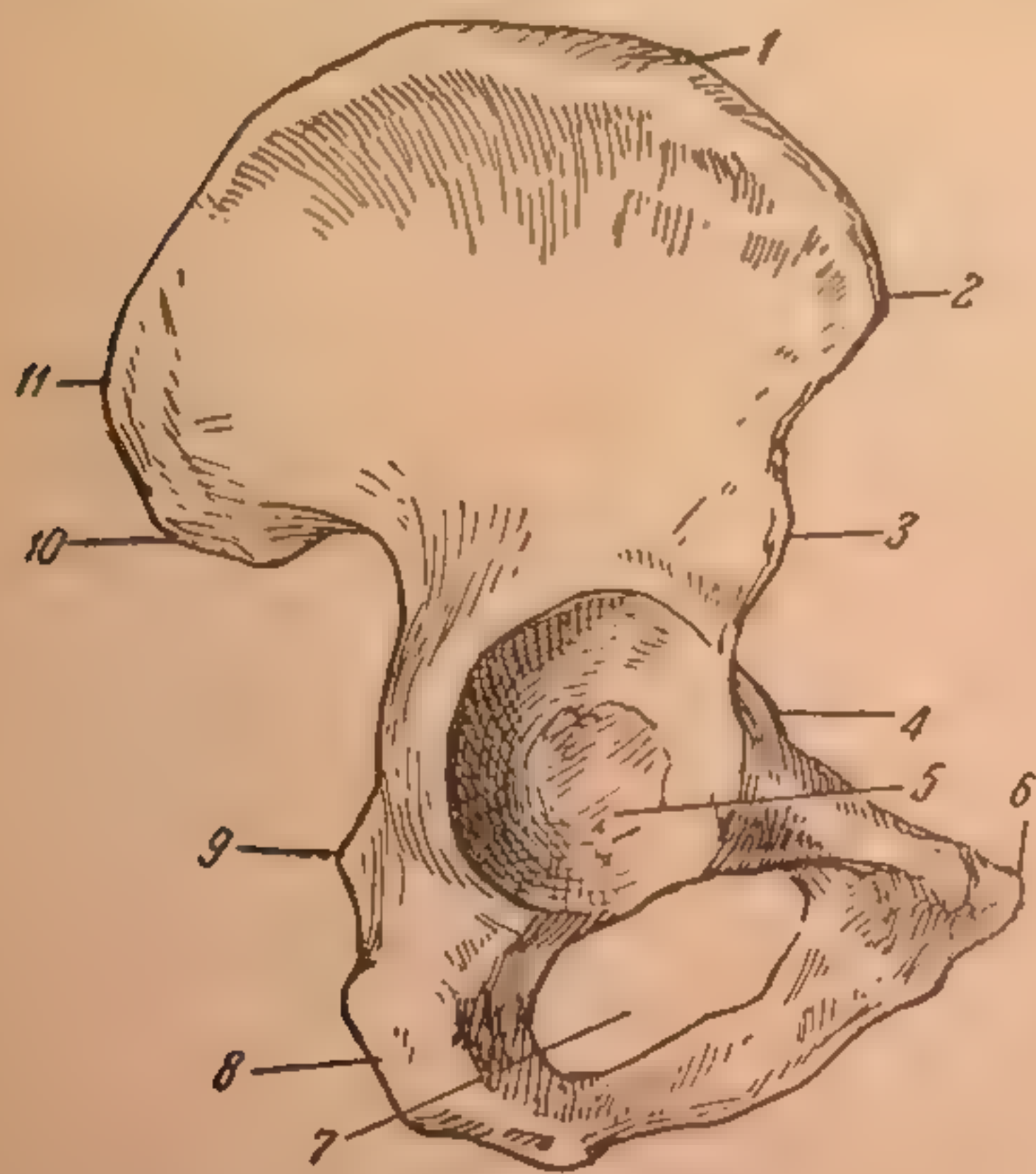


Рис. 77. Безымянная кость.

1 — гребень подвздошной кости; 2 — передне-верхняя ость; 3 — передне-нижняя ость; 4 — подвздошно-лонный бугорок; 5 — вертлужная впадина; 6 — симфиз; 7 — запирающее отверстие; 8 — седалищный бугорок; 9 — седалищная ость; 10 — задне-нижняя ость; 11 — задне-верхняя ость.

линии соответствуют границе между большим и малым тазом и вместе с выступающей частью крестца (*promontorium*) сзади и верхним краем лона спереди образуют так называемое костное кольцо входа в малый таз, иначе вход таза.

Вогнутая внутренняя поверхность крыла образует подвздошную впадину. Верхний, свободный закругленный край — это гребень (*crista*) подвздошной кости. На гребне различают три бугристых возвышения: наружное, среднее и внутреннее; к ним прикрепляются сухожилия мышц. Наружным возвышением как опознавательным пунктом пользуются при измерении наружного поперечного размера таза. Спереди гребень оканчивается выступом — это передне-верхняя ость подвздошной кости (*spina ossis ilei anterior superior*); ниже имеется другой выступ — передне-нижняя ость подвздошной кости (*spina ossis ilei anterior inferior*) (рис. 77). Ниже передне-нижней ости подвздошной кости имеется еще третье возвышение, находящееся

Подвздошная кость составляет большую часть безымянной кости. В ней различают две части: нижнюю, короткую и толстую, сливающуюся с вертлужной впадиной, — так называемое тело подвздошной кости (рис. 77), и верхнюю расширенную, сравнительно тонкую часть, по форме напоминающую крыло, которую так и называют крыло подвздошной кости.

Граница между телом и крылом особенно резко выражена с внутренней стороны; она представляет собой угловатый гребень, который дугообразно тянется поперек всей подвздошной кости, образуя так называемую пограничную, или безымянную, линию (*linea innominata*). Эти выступающие

на границе с лонной костью; это возвышение называют подвздошно-лонным бугорком. Между остями имеется углубление — малая подвздошная вырезка; между передне-нижней остью и подвздошно-лонным бугорком имеется второе углубление — большая подвздошная вырезка. Сзади по краю подвздошной кости имеются два выступа; задне-верхняя и задне-нижняя ости (*spina ossis ilei posterior superior* и *spina ossis ilei posterior inferior*).

Внутренняя поверхность заднего отдела подвздошной кости представляет собой широкую бугристую площадку — ушковидную суставную поверхность, которой каждая подвздошная кость сочленяется с крестцом, образуя крестцово-подвздошное сочленение. Оба (правое и левое) крестцово-подвздошные сочленения скреплены натянутыми между крестцом и подвздошной костью мощными связками, проходящими как внутри этого сочленения, так и снаружи его: внутри находятся межкостные крестцово-подвздошные связки, а сзади — задние крестцово-подвздошные связки.

Лонная кость (*os pubis*), иначе называемая лобковой, образует переднюю стенку таза. В лонной кости (правой и левой) различают три части: короткую и утолщенную — тело, замыкающее к вертлужной впадине и принимающее участие в образовании последней, и две ветви, расположенные под углом друг к другу, — верхняя, или горизонтальная, и нижняя, или нисходящая, ветвь. Нисходящая ветвь лонной кости идет книзу, кнаружи и сливается с восходящей ветвью седалищной кости.

Верхний край горизонтальной ветви ограничен сравнительно острым гребнем, на котором замечен выступающий лонный бугорок; кнаружи, в месте слияния лонной кости с подвздошной, этот гребень переходит в возвышение — подвздошно-лонный бугорок, далее в лонный гребень и переходит на подвздошную кость, замыкая таким образом спереди упомянутое костное кольцо входа. Правая и левая лонные кости своими горизонтальными и нисходящими ветвями соединяются друг с другом посредством лонного сочленения, или симфиза.

Симфиз (*symphysis*) состоит из треугольного клинообразного хряща, как бы вбитого сзади наперед; узкий край этого хряща обращен кпереди, а широкий — кзади.

Скрепляется лонное сочленение при помощи четырех связок: сверху на горизонтальных ветвях обеих лонных костей натянута верхняя лонная связка; снизу между нисходящими ветвями лонных костей натянута мощная нижняя дугообразная связка; спереди и сзади симфиза — передняя и задняя лонные связки.

Седалищная кость (*os ischii*), подобно лонной, имеет тело, составляющее часть вертлужной впадины, и нисходящую и восходящую седалищные ветви, расположенные под углом друг к другу. Вершина этого угла, сильно утолщенная, образует так

называемый **седалищный бугор** (*tuber ischii*). На заднем краю нисходящей ветви имеется выступ, называемый **седалищной остью** (*spina ischii*); кверху от седалищной ости расположена большая седалищная вырезка, а книзу — между седалищной остью и седалищным бугром — расположена малая седалищная вырезка (рис. 77).

Восходящая ветвь седалищной кости сливается с нижней ветвью лонной кости; лонная и седалищная кости своими ветвями замыкают так называемое **запирательное отверстие** (*foramen obturatorium*).

Крестец (*os sacrum*), входящий одновременно в состав таза и в состав позвоночного столба, состоит из пяти сросшихся позвонков. Эти позвонки имеют различную величину; чем дальше книзу, тем они меньше и уже, что и придает крестцу форму клина, суживающегося книзу.

Поверхность I крестцового позвонка — **основание крестца** — представляет собой суставную овальную площадку; этой площадкой крестец сочленяется с V поясничным позвонком. Край этой площадки, выступающий вперед, образует **крестцовый мыс** (*promontorium*).

Узкая часть крестца — **верхушка крестца** — обращена книзу; этой частью крестец соединяется с копчиком, образуя крестцово-копчиковое сочленение.

Передняя поверхность крестца, особенно в нижней своей части, вогнута, образуя крестцовую впадину.

По крестцовой впадине проходят четыре поперечные линии, соответствующие местам сращения тел крестцовых позвонков. По концам этих линий располагаются симметрично передние крестцовые отверстия, по четыре с каждой стороны. Чем дальше книзу, тем меньше становятся эти отверстия. Они ведут в короткие каналы, которые проходят через всю толщу крестца; поперечными ходами каналы эти соединяются с главным крестцовым каналом, который представляет собой нижний отрезок спинномозгового канала. Через эти каналы проходят к половым органам нервные волокна.

Задняя поверхность крестца выпукла в вертикальном и в поперечном направлении. В противоположность передней поверхности задняя поверхность крестца неровна, бугриста; по средней линии ее проходит четыре, реже пять возвышений, — это остатки остистых отростков крестцовых позвонков; все эти отростки вместе составляют срединный гребень крестца. По бокам от срединного гребня расположено четыре пары задних крестцовых отверстий. Последний крестцовый позвонок раздваивается книзу в виде рогов.

Между хорошо развитым остистым отростком V поясничного позвонка и остатком остистого отростка I крестцового позвонка образуется сравнительно легко нащупываемая ямка; этой ямкой пользуются как одним из опознавательных пунктов при

измерении наружного прямого размера таза, о чем будет сказано дальше. Боковые поверхности крестца напоминают по форме ухо; этими шероховатыми ушкообразными поверхностями крестец сочленяется с подвздошными костями (стр. 135).

Копчик (*os coccygis*) является продолжением крестца. Первоначально копчик состоит из пяти отдельных позвонков, которые в дальнейшем сливаются в одну кость. Первый копчиковый позвонок развит больше всех остальных; меньше же всего развит последний позвонок, образующий вершущу копчика. Копчик со-

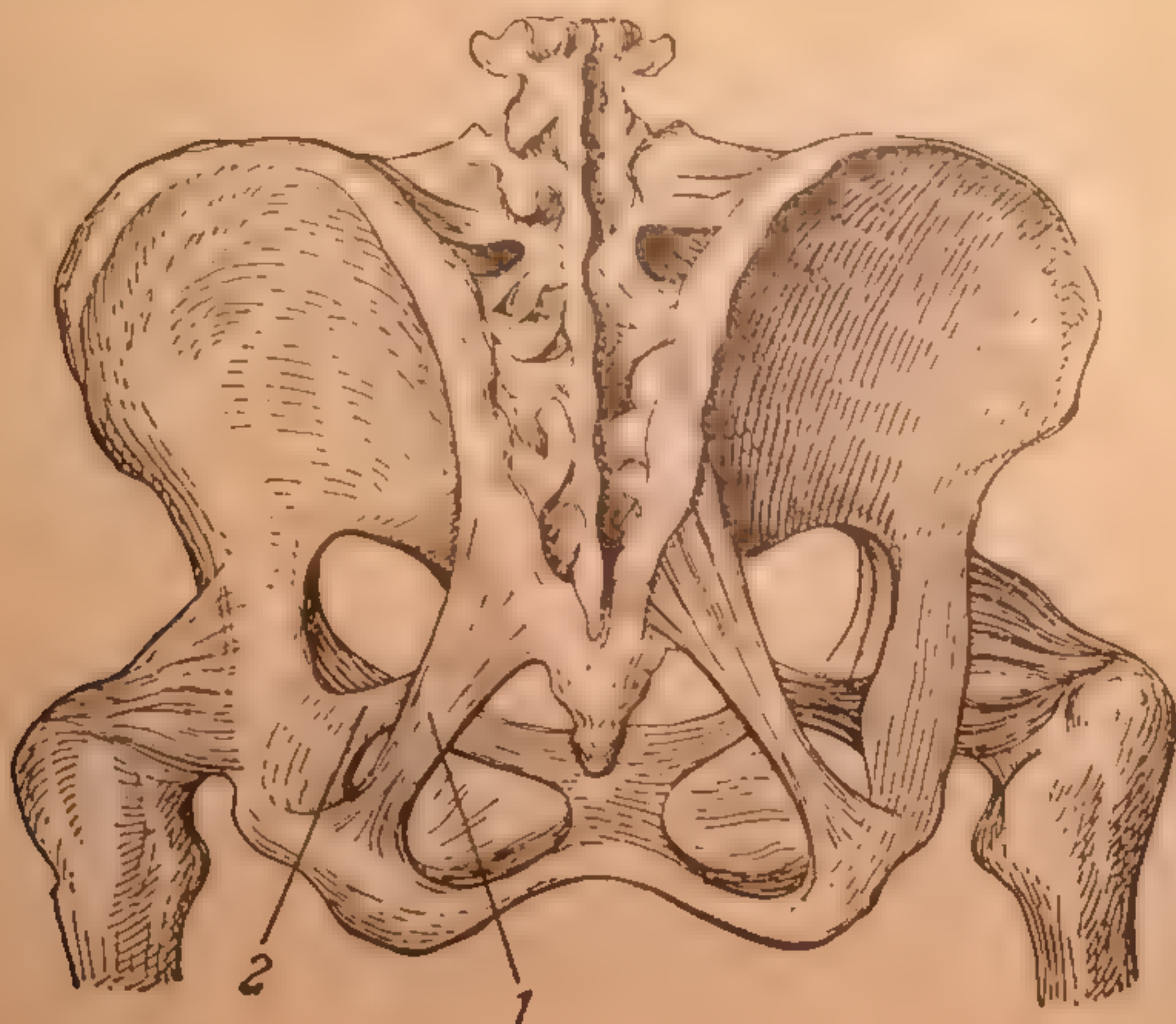


Рис. 78. Таз сзади.

1 — крестцово-бугристая связка; 2 — крестцово-остистая связка.

единен с крестцом при помощи относительно подвижного крестцово-копчикового сочленения, что позволяет копчику отклоняться, причем вершуща его может отходить на 1—1,5 см кзади.

Как будет видно из дальнейшего, это имеет чрезвычайно большое значение при прохождении плода по родовым путям, так как подобное отклонение копчика кзади увеличивает размер тазового выхода.

Таз в целом представляет собой соединение всех перечисленных выше костей при помощи сочленений — крестцово-подвздошных, крестцово-копчикового и лонного, или симфиза. Все эти сочленения скреплены туго натянутыми прочными связками. Помимо указанных выше связок, скрепляющих кости таза в местах их соединения, обе безымянные кости связаны с крестцом еще четырьмя связками, по две с каждой стороны. Между нижней частью крестца и седалищными остями и седалищными буграми натянуты по обе стороны в виде лент прочные связки —

это крестцово-остистые и крестцово-бугристые связки (рис. 78). Этими связками замыкаются обе седалищные вырезки, при этом образуются большое и малое седалищные отверстия.

Отделы таза

Таз делится на два отдела: верхний, широкий, — большой таз, и нижний, более узкий, — малый таз.

Границей между большим и малым тазом является пограничная линия, образующая замкнутый овал, который носит название тазового входа.

Большой таз ограничен с боков крыльями подвздошных костей, сзади — частично поясничными позвонками, а спереди — брюшной стенкой. Вместимость большого таза может изменяться за счет расслабления или сокращения передней брюшной стенки. В акушерстве значение большого таза сводится к тому, что он более доступен для ощупывания и измерения, чем малый таз. Этим пользуются в практической работе, так как по размерам большого таза можно приблизительно судить о размерах малого таза.

Малый таз расположен книзу от тазового входа и окружен со всех сторон неподатливыми костными стенками. Спереди стенка малого таза низкая, ее образуют лонные кости; сзади, наоборот, стенка малого таза высокая, она образована крестцом и копчиком. Боковые стенки малого таза образованы лонными и седалищными костями с идущими к ним от крестца связками. В противоположность большому тазу малый таз представляет собой относительно неподатливый костный канал, по которому во время родов проходит плод.

Отделы малого таза. Малый таз делится на три отдела: вход, полость и выход.

Вход таза (рис. 87) — это костное кольцо, являющееся границей между большим и малым тазом.

Полость таза находится книзу от входа. Нижней границей полости являются спереди нижний край симфиза, сзади — верхушка крестца, с боков — нисходящие ветви лонных костей, седалищные бугры и восходящие ветви седалищных костей.

Если провести мысленно одну плоскость через нижний край симфиза и седалищные бугры, а другую — через седалищные бугры и верхушку крестца, то обе эти треугольные плоскости, пересекающиеся под тупым углом, и составят как бы нижнюю границу полости таза. Все, что лежит книзу от этих двух плоскостей, составляет уже выход таза.

В полости малого таза в свою очередь различают два отдела: верхнюю, или широкую, и нижнюю, или узкую, части полости таза.

Как указывалось выше, полость таза ограничена сверху плоскостью входа, а снизу — плоскостями выхода. Если между

этимися границами мысленно провести плоскость, проходящую спереди через середину задней поверхности симфиза, с боков — через дно вертлужных впадин и сзади — между II и III крестцовым позвонком, то это будет плоскость широкой части полости малого таза.

Если теперь мысленно проведем ниже описанной плоскости еще одну плоскость, проходящую спереди через нижний край симфиза, с боков — через седалищные ости и сзади — через верхушку крестца, то это будет плоскость узкой части полости малого таза.

Выход таза (рис. 88) ограничен нижним краем симфиза, краями лонных и седалищных костей, седалищными буграми и копчиком.

ОТЛИЧИЕ ЖЕНСКОГО ТАЗА ОТ МУЖСКОГО

Рассматривая два рядом стоящих скелетированных таза, из которых один мужской, а другой женский, можно легко заметить разницу. Кости женского таза тоньше и более гладкие, чем кости мужского таза. Крылья подвздошных костей в женском тазу более развернуты в стороны, вследствие чего расстояния между наружными пребешками и остями подвздошных костей в женском тазу больше, чем в мужском.

Вход в женском тазу имеет поперечно-овальную форму, тогда как у мужчин форма входа скорее приближается к форме карточного сердца.

Мыс в нормальном женском тазу меньше вдается в просвет таза, чем в мужском.

Крестец в женском тазу шире и вместе с тем уплощеннее; в мужском тазу крестец, наоборот, относительно узок и более вогнут.

Выход таза у женщин шире, чем у мужчин; седалищные бугры относительно дальше отстоят друг от друга, а копчик меньше вдается кпереди.

Образуемый нижними ветвями лонных костей угол, так называемый лонный угол, в женском тазу тупой (рис. 93), а в мужском — острый.

Полость малого таза у мужчин имеет ясно выраженную воронкообразную форму, у женщин же она по своим очертаниям скорее приближается к изогнутому цилиндру.

Суммируя сказанное в отношении отличия женского таза от мужского, следует отметить, что женский таз шире, более емок и невысок, в то время как мужской таз, наоборот, высок и узок. Для мужчин форма и величина таза в огромном большинстве не имеют значения; для женщин, у которых таз, помимо функций, общих с мужским тазом, выполняет чрезвычайно важную функцию проводного родового пути, форма и величина как таза в целом, так и отдельных его частей имеют чрезвычайно

большое значение. Уменьшение емкости таза или изменение его формы создают затруднения при родах, а нередко даже делают невозможным самостоятельное родоразрешение.

МЫШЦЫ И ФАСЦИИ ТАЗА

Вход в малый таз ограничен непосредственно костями. Пространственные отношения входа лишь несколько меняются из-за проходящих здесь пучков мышц большого таза (поясничных и внутренних подвздошных). Поясничные мышцы (правая и левая) идут от тел XII грудного позвонка и четырех верхних поясничных позвонков, от межпозвонковых связок и поперечных

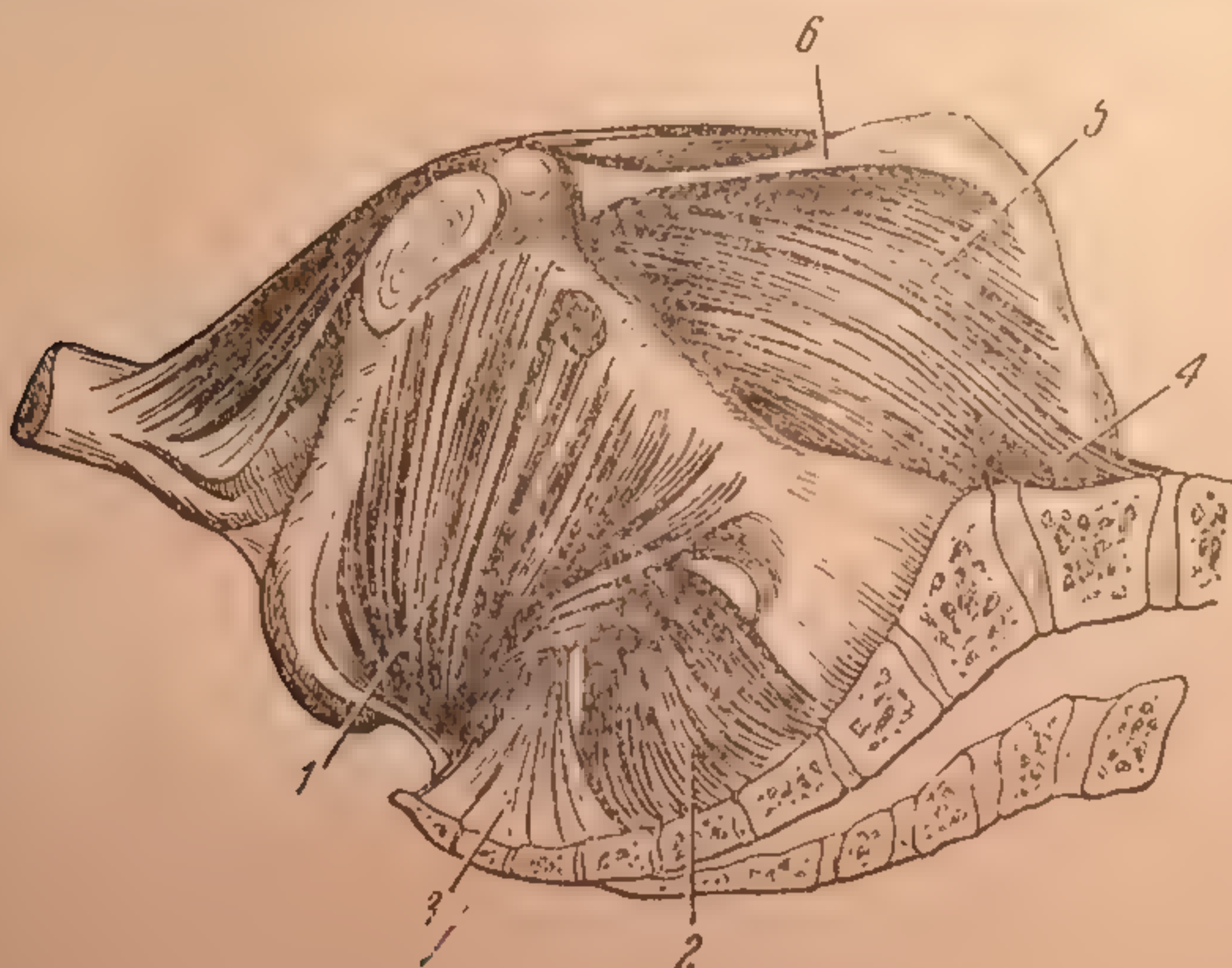


Рис. 79. Мышцы полости малого таза.

1—внутренняя запирательная мышца; 2—грушевидная мышца;
3—копчиковая мышца; (4—большая поясничная мышца;
5—внутренняя подвздошная мышца; 6—пупартова связка).

отростков всех поясничных позвонков. Каждая такая мышца проходит книзу и в сторону и вместе с внутренней подвздошной мышцей проникает под пупартову связку, а затем в виде общей пояснично-подвздошной мышцы прикрепляется сухожилием к малому вертелу бедренной кости.

В полости малого таза мышцы образуют как бы внутреннюю обкладку костных стенок; этих мышц здесь три пары (рис. 79).

Внутренняя запирательная мышца идет от внутренней поверхности безымянной кости тотчас же под пограничной линией и от перепонки, затягивающей запирающее отверстие, выходит из таза через малое седалищное отверстие, огибает седалищную кость и прикрепляется к бедру между его вертелами.

Грушевидная мышца (рис. 79) идет от передней поверхности крестца сбоку от второго, третьего и четвертого пе-

редних крестцовых отверстий в поперечном направлении, выходит через большое седалищное отверстие и прикрепляется к большому вертелу бедренной кости.

Копчиковая мышца (рис. 79) как бы натянута между седалищным бугром и боковым краем копчика рядом с седалищно-крестцовой связкой.

Эти мышцы в сущности очень незначительно уменьшают объем полости таза.

В нижнем отделе полость таза ограничена рядом мышц и фасций, в своей совокупности замыкающих тазовый выход и составляющих тазовое дно.

Тазовое дно

Тазовое дно играет большую роль в физиологии женской половой сферы. Значительное расслабление или нарушение целостности мышц и фасций тазового дна обуславливает ряд патологических отклонений как в положении, так и в функции половых органов.

Выше (стр. 32) указывалось на значение тазового дна для сохранения нормального положения матки.

При родах тазовое дно имеет особенно важное значение: растягиваясь, оно включается в родовой канал; своим сопротивлением дно таза как бы регулирует продвижение подлежащей части плода; при чрезмерном сопротивлении мышц тазового дна роды затягиваются; при очень сильном поступательном движении плода или при малоэластичных мышцах тазовое дно разрывается, что нередко сопровождается обильным кровотечением; если эти разрывы после родов не зашиты, они ведут в дальнейшем к опущению и выпадению половых органов.

В тазовом дне имеются три отверстия: одно, через которое проходит мочеиспускательный канал; под ним отверстие, через которое проходит влагалище, еще ниже отверстие, через которое проходит прямая кишка.

Мышцы, составляющие тазовое дно, располагаются в основном в три этажа. Чтобы легче было усвоить, мы будем описывать эти мышцы послойно, идя снаружи внутрь; ознакомившись с одним слоем, мы как бы срежем его, чтобы обнажить следующий, и т. д.

Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и бедра прижаты к животу; перед нами половая щель, промежность и ягодицы.

Если срезать с наружных половых органов и промежности кожу, подкожную клетчатку и фасцию, обнажится первый (нижний) ярус мышц тазового дна (рис. 80), который состоит из мышц, идущих в четырех направлениях. Все эти мышцы соединяются своими сухожилиями посредине промежности, это место называют сухожильным центром (*centrum tendineum*).

Кзади (книзу) от сухожильного центра идет мышца, огибающая кольцевыми пучками отверстие заднего прохода; сзади она

прикрепляется к копчику, это — наружный сфинктер прямой кишки (*sphincter ani externus*).

В обе стороны — вправо и влево — от сухожильного центра по направлению к седалищным буграм идет парная поверхност-

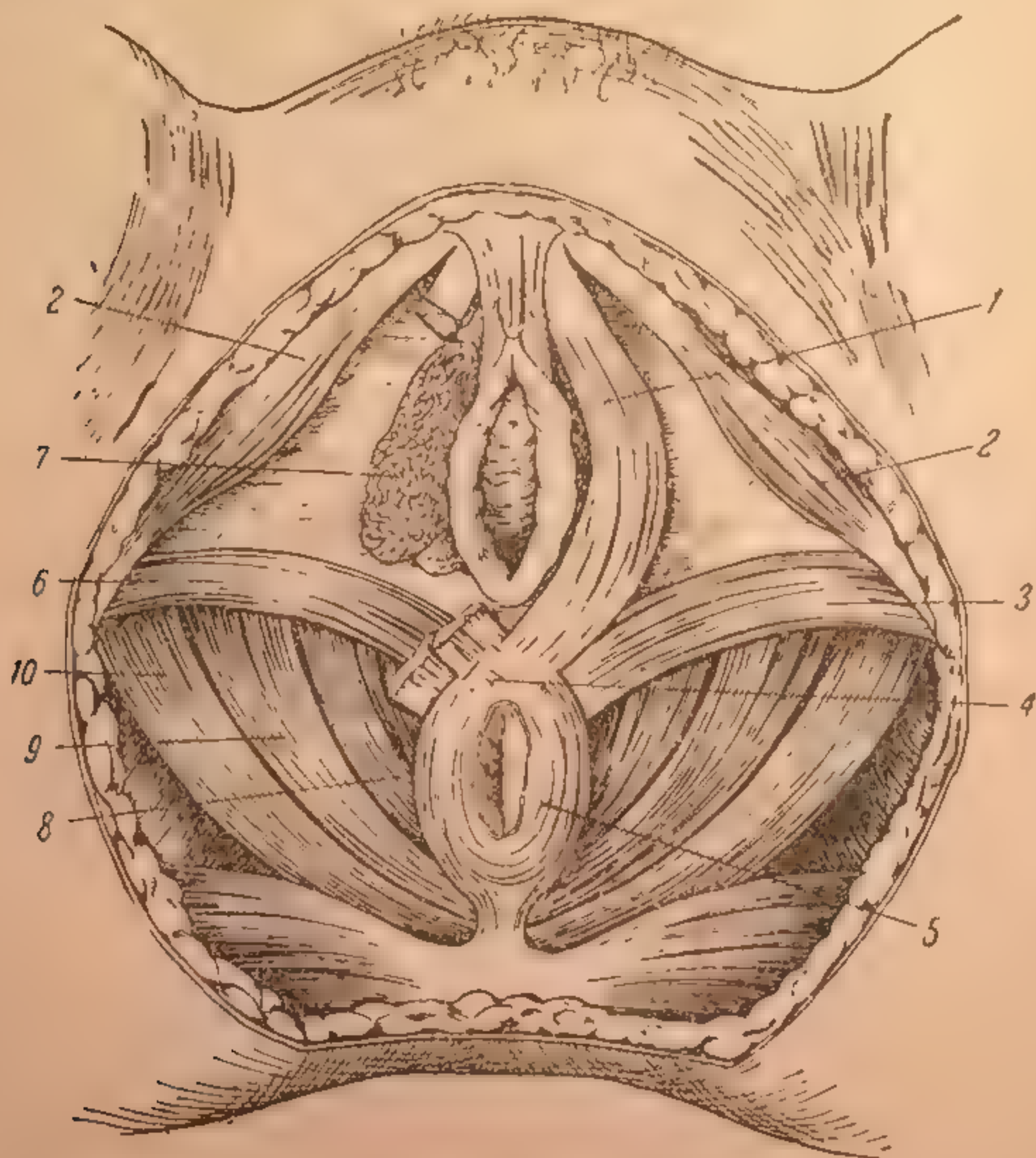


Рис. 80. Тазовое дно. Мышцы и фасции тазового дна.

1 — *m. constrictor cuni*; 2 — *m. ischiocavernosus*; 3 — *m. transversus perinei superficialis*; 4 — *centrum tendineum*; 5 — *sphincter ani externus*; 6 — *m. transversus perinei profundus*; 7 — *bulbus vestibuli*; 8—10 — *m. levator ani*: *m. pubo-coccyg.* (8), *m. ileo-coccyg.* (9) и *m. ischio-coccyg.* (10).

ная поперечная мышца промежности (*m. transversus perinei superficialis*).

От сухожильного центра до пещеристого тела клитора, огибая с боков влагалище, проходит парная мышца, сжимающая вход во влагалище (*m. constrictor cuni*) (рис. 80), которая с наружным сфинктером прямой кишки образует фигуру восьмерки.

От седалищных бугров по направлению восходящих ветвей седалищных костей и нисходящих ветвей лонных костей к пещеристому телу клитора проходит парная седалищно-пещеристая мышца (*m. ischiocavernosus*) (рис. 80).

Это первый этаж мышц; под ним лежит фасция; под фасцией расположен следующий ярус.

Второй (средний) ярус (рис. 80) мышц тазового дна представляет собой треугольную фасциально-мышечную пластинку, как бы вставленную в лонную дугу. В этой пластинке снизу имеются мышечные пучки, идущие в поперечном направлении от сухожильного центра к седалищным буграм, — это глубокие поперечные мышцы промежности (*m. transversus perinei profundus*). В верхнем углу этой треугольной пластинки имеются пучки мышечных волокон, окружающие мочеиспускательный канал и образующие наружный сфинктер последнего;

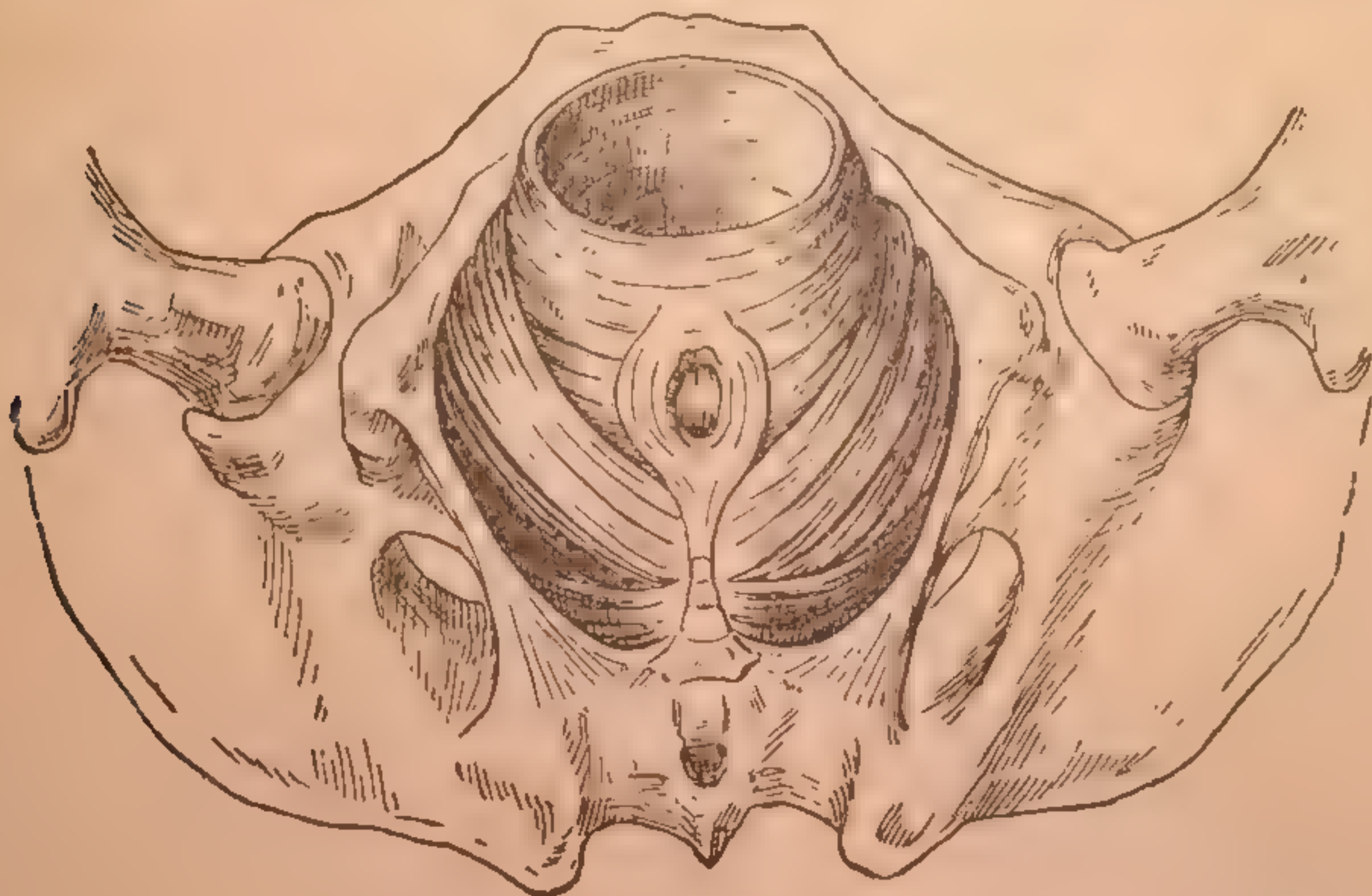


Рис. 81. Растянутые мышцы тазового дна при прохождении плода — наружные половые органы и влагалище вытянуты в цилиндрическую трубку.

вся остальная часть этой пластинки представляет собой два сросшихся фасциальных листка. Описанный второй ярус тазового дна образует так называемую мочеполовую диафрагму (*diaphragma urogenitale*).

Следующий, третий (верхний) ярус мышц тазового дна (рис. 80) носит общее название мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

Мышца, поднимающая задний проход, идет снизу, веерообразно расширяясь вверх. Широкий развернутый край пучков этой мышцы огибает влагалище и мочеиспускательный канал и прикрепляется к задней поверхности передней стенки таза; узкий нижний конец охватывает как бы кольцом прямую кишку и сухожильными окончаниями прикрепляется к копчику.

В мышце, поднимающей задний проход, различают три пары пучков (рис. 80): мышца лонно-копчиковая (*m. pubo-coccygeus*), подвздошно-копчиковая (*m. ileo-coccygeus*) и седалищно-копчиковая (*m. ischio-coccygeus*). Мышца, поднимающая задний проход,

составляет самый мощный слой мышц тазового дна, образуя так называемую диафрагму таза (*diaphragma pelvis*).

Под этим ярусом мышц обнажается третья фасциальная пластинка, называемая тазовой фасцией (*fascia pelvis*). Пространство, ограниченное снизу фасцией таза, а сверху — тазовой брюшиной, носит название подбрюшинного пространства таза.

При родах поступающая подлежащая часть плода растягивает всю систему мышц тазового дна, последние образуют мышечную трубку, являющуюся продолжением родового канала (рис. 81).

РАЗМЕРЫ НОРМАЛЬНОГО ТАЗА

Нормальным в акушерской практике считается таз, который не оказывает значительного препятствия для продвижения живого доношенного плода при родах.

На основании соотношений размеров таза и головки доношенного плода установлены средние размеры таза, при которых в громадном большинстве случаев продвижение плода через таз не встречает затруднений. Определение размеров таза очень важно для своевременного выявления и предупреждения связанной с этим акушерской патологии при родах.

Большинство внутренних размеров таза не доступно непосредственному измерению на живой женщине. Поэтому в практической работе пользуются определением наружных размеров таза и по ним судят о внутренних размерах.

Следует отметить, что наружные размеры являются ориентировочными; взятые сами по себе, они не всегда достаточны для точного предсказания исхода родов. Таз одних и тех же размеров может у одной женщины оказаться при родах нормальным, а у другой — ненормальным. Поэтому к оценке таза нельзя подходить только с точки зрения цифровых выражений его размеров, необходимо также учитывать особенности строения всего скелета женщины, а при родах — размеры плода и соотношения между размерами его головки и таза.

Наружные размеры таза

Наружные измерения таза можно производить в положении женщины стоя и лежа; обычно эти измерения производят в положении лежа. Для измерения пользуются особым циркулем — тазомером. Женщина лежит на спине (рис. 82) на кушетке или на кровати; акушерка становится или, лучше, садится справа от женщины лицом к ней. Тазомер берут за ножки в обе руки. Указательными и большими пальцами его держат за пуговики ножек.

Сантиметровые деления, нанесенные на шкале тазомера, должны быть обращены кверху, чтобы их легко можно было читать.

Измеряют расстояния между следующими пунктами таза: *distantia spinarum* (рис. 83) — расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей, которое обычно равняется



Рис. 82. Измерение наружных размеров таза в лежачем положении женщины.

25—26 см. При измерении этого расстояния необходимо пуговицы тазомера плотно приставлять к наружным краям передне-верхних остей. Для этого сначала указательными пальцами нащупывают ости подвздошных костей, приставляют к этим местам, не отнимая пальцев, пуговицы тазомера, плотно прижимая их к костям.

Distantia cristarum (рис. 83) — расстояние между отдаленными точками наружных гребешков подвздошных костей — равно обычно 28—29 см. Акушерка, оставаясь в том же положении, нащупывает указательными или средними пальцами наружные гребешки подвздошных костей и ставит на них пуговицы тазомера. Затем проводит пуговками по наружным гребешкам вперед и назад, не сползая с гребешков, и следит за показаниями сантиметровой шкалы. Наибольший размер, какой будет показан на шкале, и будет соответствовать *distantia cristarum*.

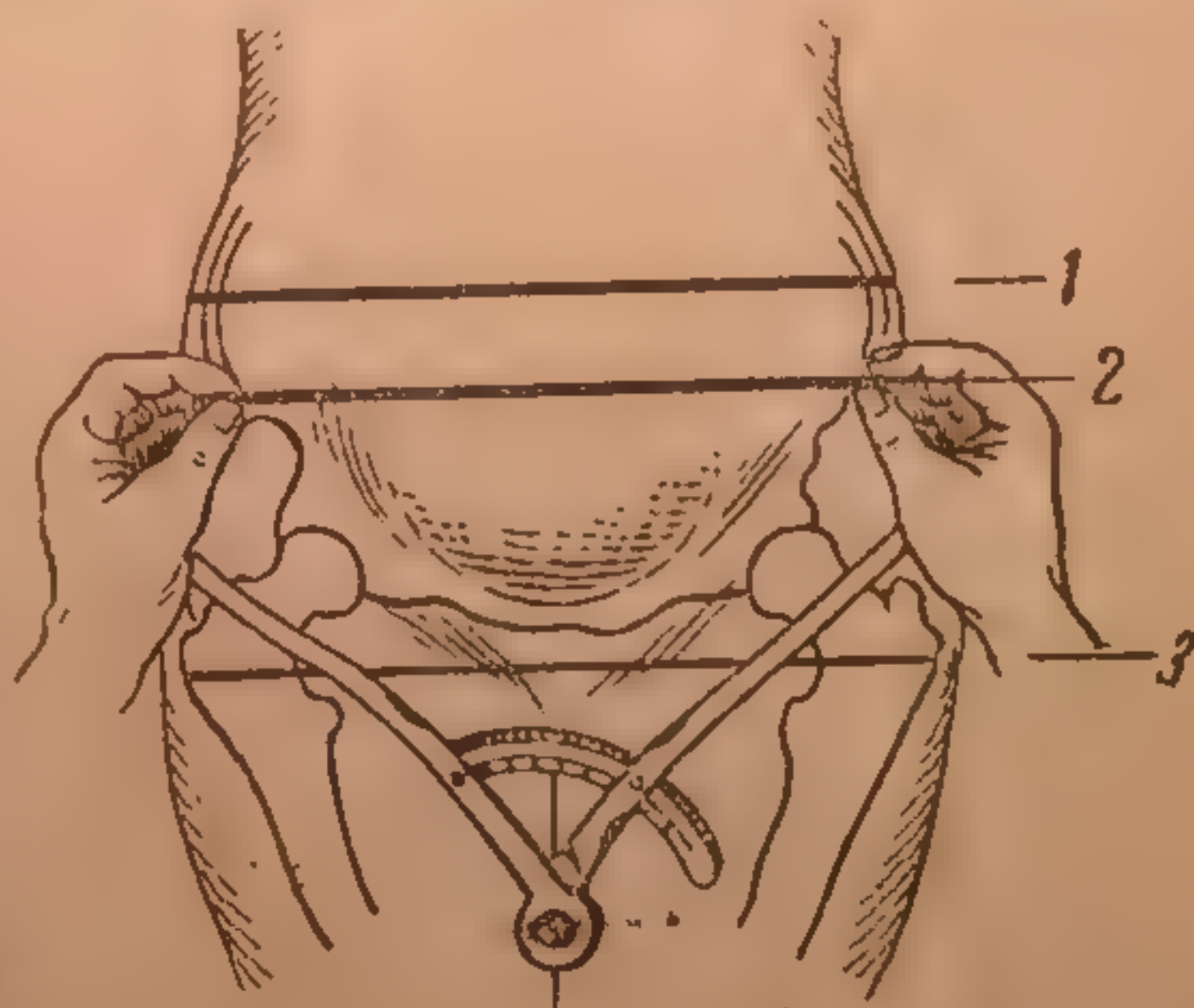


Рис. 83. Наружные поперечные размеры таза.

1 — *distantia cristarum*; 2 — *distantia spinarum*; 3 — *distantia trochanterica*.

*Distantia trochanterica*¹ (рис. 83) — расстояние между большими вертелами бедренных костей—равняется обычно 30—31 см. Оставаясь все в том же положении, акушерка переносит пуговицы тазомера на наружные поверхности бедер, нащупывает указательными пальцами большие вертелы с той и с другой стороны и плотно прижимает к ним пуговицы тазомера.

У женщин с толстым подкожножировым слоем не легко прощупать большие вертелы. В подобных случаях просят женщину,

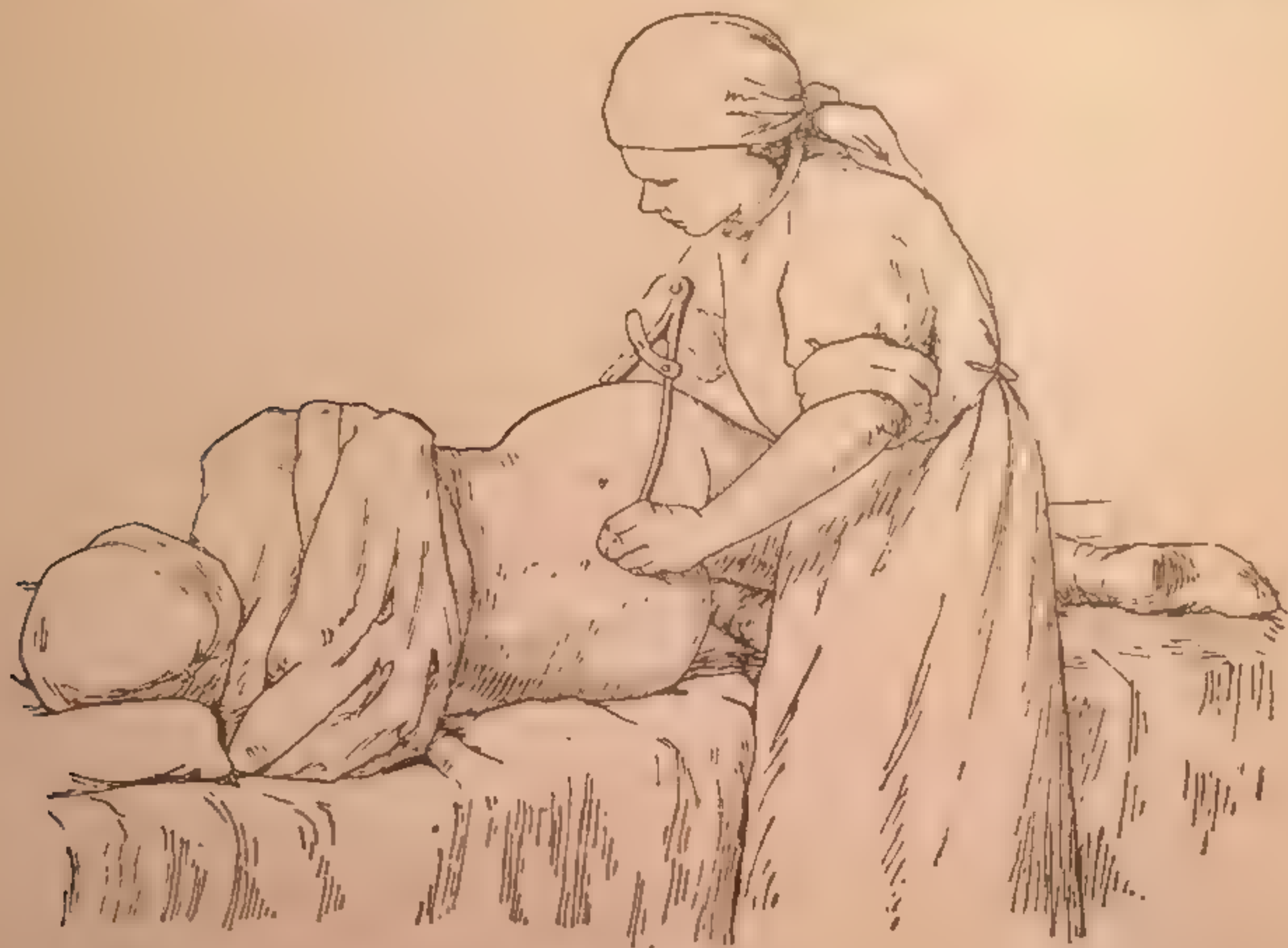


Рис. 84. Измерение наружной конъюгаты в лежащем положении женщины на боку.

чтобы она подвигала сначала одной, потом другой ногой, а пальцами в это время стараются нащупать вертел, который при движении ноги отчетливее выделяется.

Все эти три размера характеризуют поперечные диаметры таза.

Для ориентировки в прямых размерах таза и, в частности, в прямом размере входа в малый таз, определяют наружный прямой размер. Для этого женщину просят повернуться на бок (рис. 84), нижнюю ногу сильно согнуть в тазобедренном и коленном суставах и притянуть колено к животу, а верхнюю ногу вытянуть. Измеряют расстояние от ямки под остистым отростком V поясничного позвонка до середины верхнего края симфиза, для чего пуговицы тазомера вплотную прижимают к указанным пунктам. Измерять наружную конъюгату можно и в стоячем положении женщины (рис. 85).

¹ Trochanter — по-латыни вертел.

Наружный прямой размер, или наружная конъюгата, *conjugata externa*, равняется обычно 20 см.

Для определения ямки на спине под остистым отростком V поясничного позвонка в тех случаях, когда она нерезко выражена, проводят указательным или средним пальцем сверху вниз по остистым отросткам поясничных позвонков; то место, где палец перестает ощущать остистый отросток, соответствует этой ямке; сюда и ставят пуговку тазомера.

Поясничный ромб (ромб Михаэлиса) (рис. 86). Не у всех женщин удается указанным выше методом отыскать на

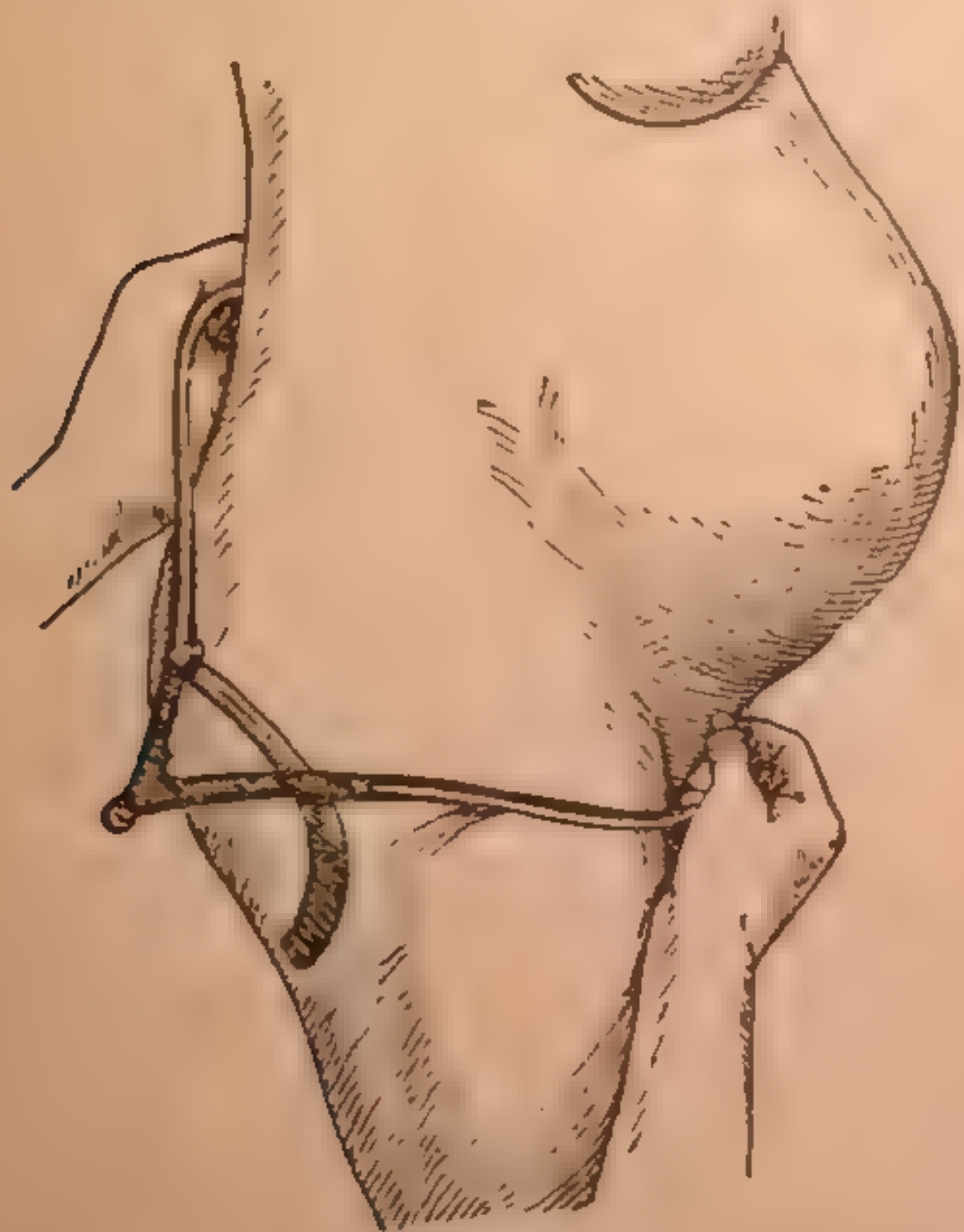


Рис. 85. Измерение наружной конъюгаты в стоячем положении женщины.

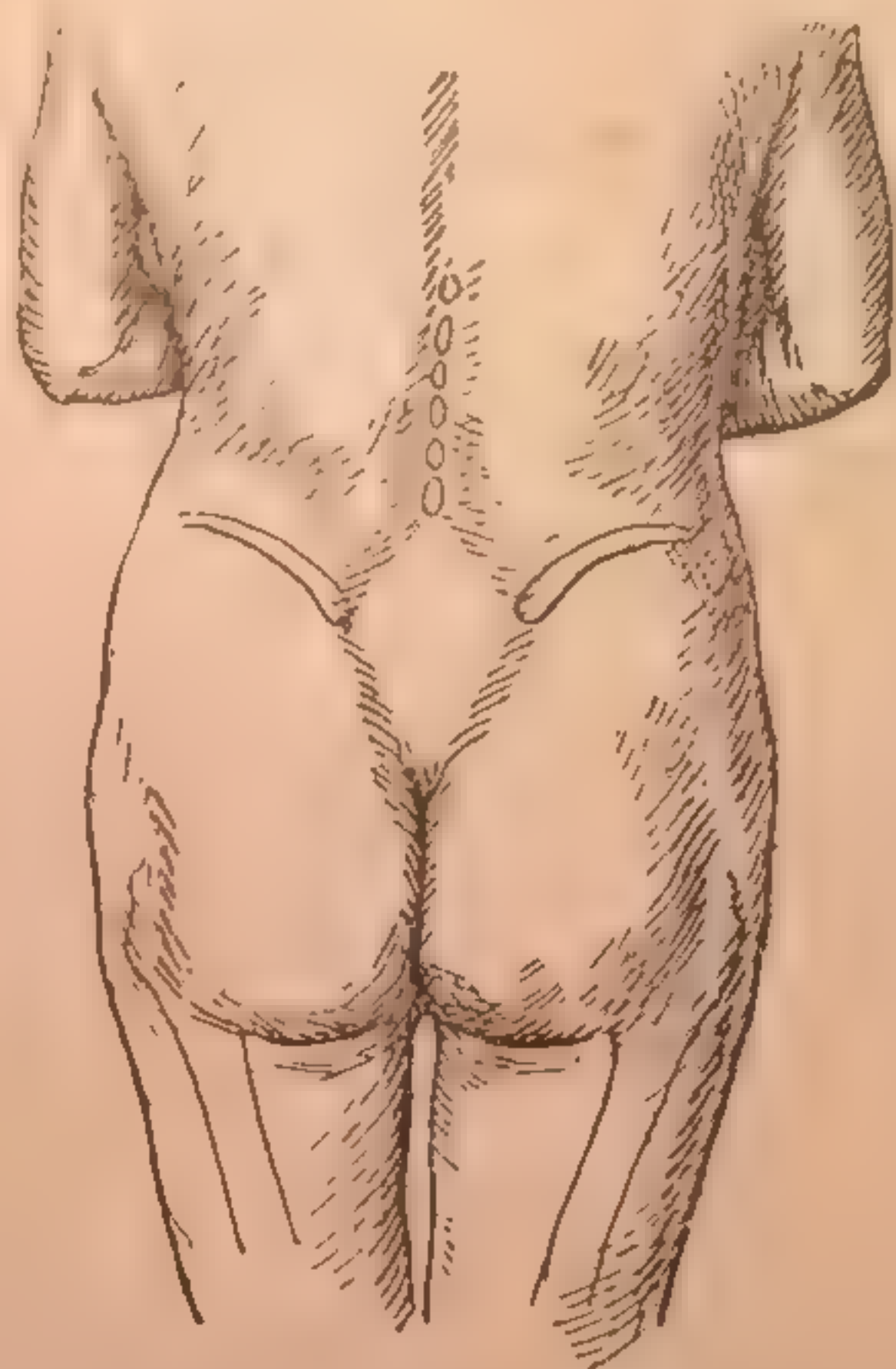


Рис. 86. Поясничный ромб.

спине соответствующую ямку; особенно трудно, а нередко даже невозможно прощупать эту ямку у полных женщин. В таких случаях пользуются так называемым поясничным ромбом; это четырехугольная площадка в пояснично-крестцовом отделе, напоминающая фигуру ромба; вершина верхнего угла ромба соответствует остистому отростку V поясничного позвонка; боковые вершины — верхне-задним остям подвздошных костей, нижняя — верхушке крестца, месту схождения ягодичных мышц. Для определения указанной выше ямки следует соединить боковые вершины ромба, т. е. задне-верхние ости подвздошных костей, прямой линией и взять точку примерно на 1,5 см выше середины этой линии.

У хорошо сложенных женщин этот ромб отчетливо выражен; по изменению формы этого ромба можно судить о характере изменений таза.

Внутренние размеры таза

Размеры входа таза. Костное кольцо входа нормального таза у взрослой женщины имеет форму поперечно лежащего овала. В этом овале различают размеры, идущие в трех направлениях.

Прямой размер входа (рис. 87) — расстояние от середины верхнего края симфиза (на внутренней его поверхности) до выдающейся точки мыса крестца — равен 11 см: этот размер на-

зывается истинной конъюгатой (*conjugata vera*)¹.

В акушерстве различают две истинных конъюгаты (рис. 96). Конъюгата, о которой только что говорилось, — это анатомическая истинная конъюгата; другая конъюгата проходит к той же точке мыса крестца, но не от верхнего края симфиза, а чуть ниже, от бугорка на внутренней поверхности симфиза — это акушерская истинная конъюгата; она немного (на 0,2—0,3 см) короче анатомической.

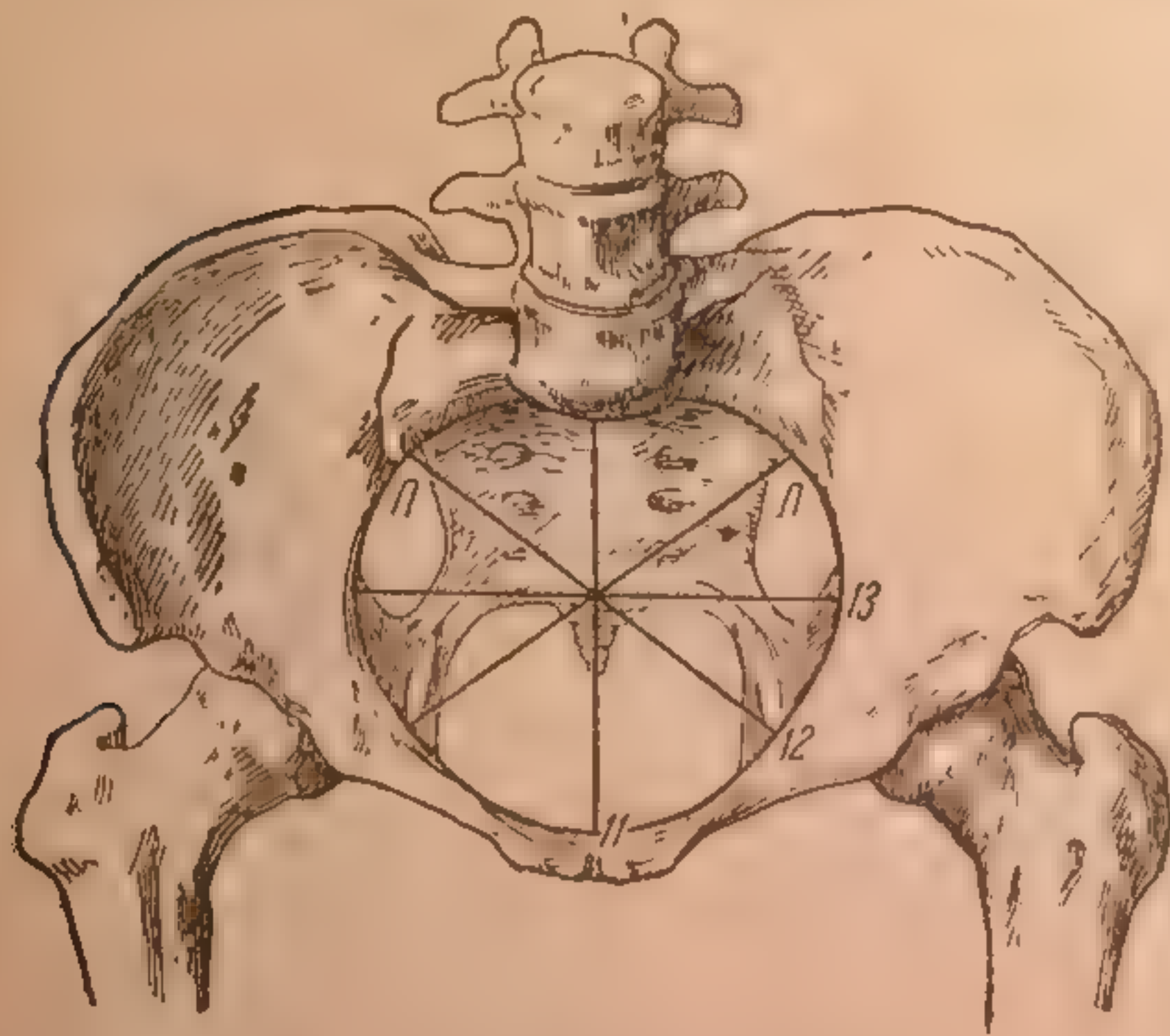


Рис. 87. Вход таза и его размеры.

Черными линиями обозначены: прямой размер, косые (левый и правый) размеры и поперечный размер входа.

Поперечный размер входа — расстояние между наиболее отдаленными точками безымянных линий — равен 13 см (рис. 87).

Косые размеры входа идут от верхнего края крестцово-подвздошного сочленения справа и слева к подвздошно-лонному бугорку противоположной стороны; косой размер входа равен 12 см. Различают правый и левый косые размеры (рис. 87); правый идет от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку; левый косой размер — от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошно-лонному бугорку. Таким образом, направления косых размеров определяются по задней точке, от которой они начинаются.

Чрезвычайно важно хорошо в этом ориентироваться, так как этими направлениями пользуются при определении положения в тазу предлежащей части плода. В полости малого таза отдельно различают размеры широкой и узкой части ее.

Размеры верхней, или широкой, части полости малого таза. Прямой размер идет от середины внутренней поверхности

¹ Конъюгатой называется самый короткий размер эллипса.

симфиза до соединения II крестцового позвонка с III крестцовым позвонком; он равен 12,5 см.

Поперечный размер проходит между внутренними поверхностями дна вертлужных впадин; он равен 12,5 см.

Косые размеры широкой части полости малого таза — это расстояния от верхнего края большой седалищной вырезки (*incisura ischiadica major*) одной стороны до верхнего края запирательного отверстия (*foramen obturatorium*) другой стороны. Каждый из этих размеров равен 13 см.

Размеры нижней, или узкой, части полости таза. Прямой размер — от нижнего края симфиза до верхушки крестца; он равен 11,5 см.



Рис. 88. Выход таза и его размеры (прямой и поперечный).

Поперечный размер — расстояние между седалищными остями; он равен 10,5 см.

Эта часть полости таза имеет форму овала, слегка вытянутого в передне-заднем направлении, приближающегося к стоячему овалу.

Размеры выхода таза. Прямой размер (рис. 88) — расстояние от нижнего края симфиза до верхушки копчика — равен 9—9,5 см. При родах давлением поступающей предлежащей части плода верхушка копчика отгибается кзади на 1—1,5 см, почему прямой размер выхода может увеличиваться до 11 см.

Поперечный размер выхода (рис. 88) — расстояние между внутренними сторонами седалищных бугров — равен 10,5 см; выход таза имеет форму стоячего овала.

Таким образом, во входе таза наибольшим размером является поперечный; в полости — косой, в выходе — прямой размер. Если смотреть в тазовый канал сверху, сопоставляя размеры и форму всех отделов малого таза, мы увидим, что просвет по всей его длине схематически представляется следующим: во входе он имеет вид поперечно лежащего овала; опускаясь

ниже, овал постепенно принимает слегка косое положение; опускаясь еще ниже, постепенно поворачивается и в самой нижней части просвета тазового канала, в выходе таза, принимает положение стоячего овала.

Отделы таза	Размеры в см			Форма (схематически)
	поперечный	косой	прямой	
Вход	13	12	11	Поперечно лежащий овал
Полость:				
плоскость широкой части	12,5	13	12,5	Косо лежащий овал
плоскость узкой части	10,5	—	11,5	Овал, приближающийся к прямому положению
Выход	10,5	—	9,5(11)	Прямо стоящий овал

Такая форма отдельных частей полости таза до некоторой степени объясняет различное положение предлежащей части плода в различных отделах тазового канала. К этому мы вернемся при изучении механизма родов.

Определение истинной конъюгаты по наружной конъюгате. Чтобы вычислить по наружной конъюгате истинную, из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Так, при наружной конъюгате, равной 20 см, истинная конъюгата определяется в 11 см. Понятно, это вычисление приблизительное, так как имеется ряд моментов, затрудняющих точное вычисление, как, например, различная толщина мягких тканей и самих костей.

Определение истинной конъюгаты по диагональной конъюгате. Точнее можно установить длину истинной конъюгаты по диагональной конъюгате (*conjugata diagonalis*). Для определения диагональной конъюгаты, т. е. расстояния от нижнего края симфиза до выдающейся точки мыса крестца, необходимо произвести влагалищное исследование, соблюдая правила асептики и антисептики (см. главу VIII).

Концами пальцев вначале ощупывают переднюю стенку таза, выявляют строение задней поверхности симфиза, устанавливают, нет ли костных выступов (экзостозов), уменьшающих размеры таза, определяют примерную высоту симфиза, затем ощупывают боковые стенки таза и также выявляют, нет ли здесь каких-либо деформаций. Попутно выясняют состояние влагалища (узкое, короткое) — все это важно для учета характера течения предстоящих родов. Наконец, по задней стенке влагалища, по крестцовой впадине, продвигаются вверх и стараются достигнуть мыса крестца. В нормальном тазу достигнуть мыса удается лишь в том случае, если у исследующей акушерки длинные пальцы. Обычно при средней длине пальцев руки исследующего, если мыс не достигается, диагональную конъюгату считают нормальной, т. е. равной 12,5 см.

Диагональную конъюгату можно до известной степени рассматривать как гипотенузу прямоугольного треугольника, в котором одним катетом является симфиз, другим — истинная конъюгата (рис. 96). Имея возможность измерить диагональную конъюгату и высоту симфиза (рис. 94), т. е. зная длину гипотенузы и одного из катетов, мы можем вычислить длину другого катета

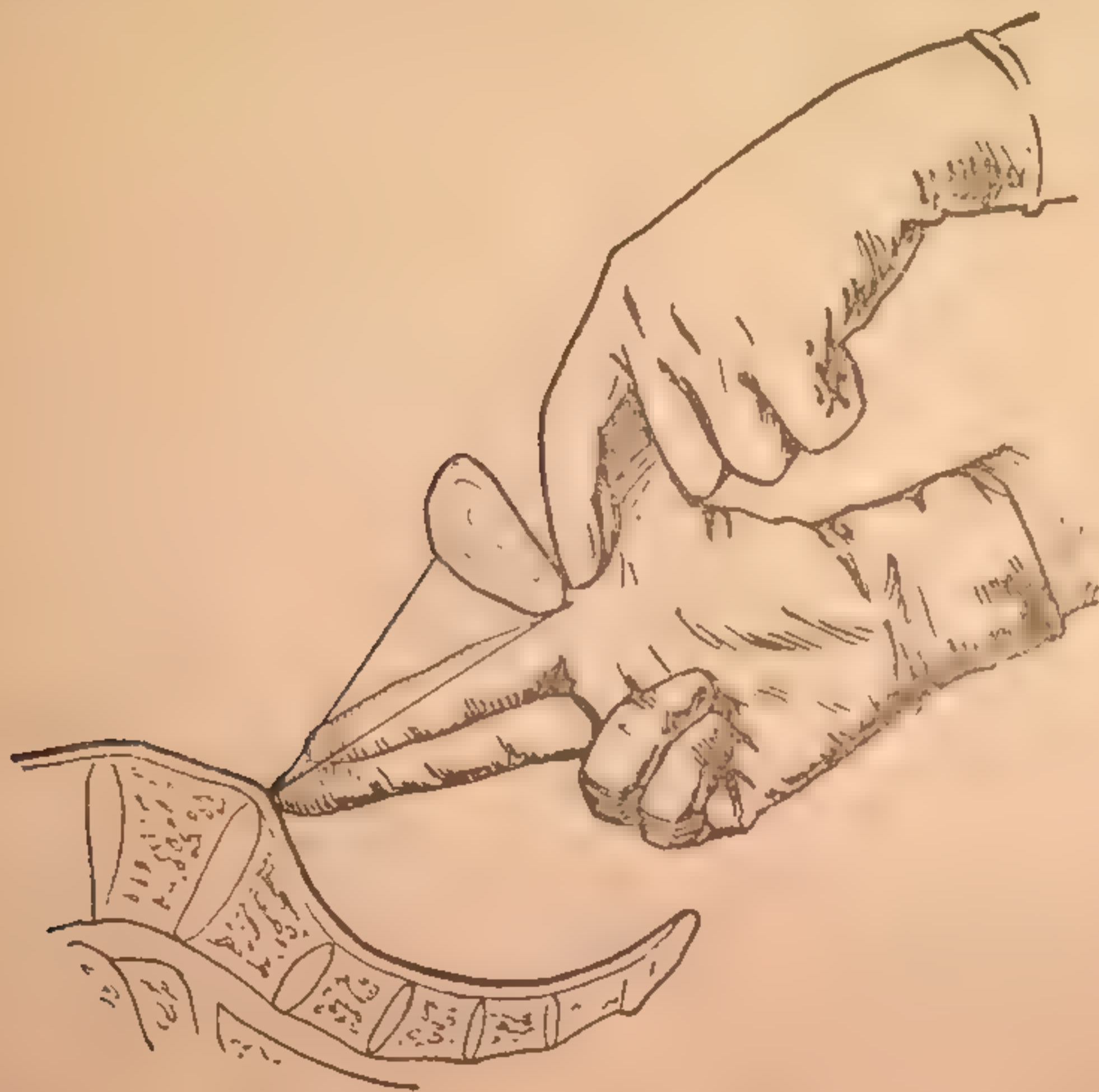


Рис. 89. Измерение диагональной конъюгаты (первый момент).

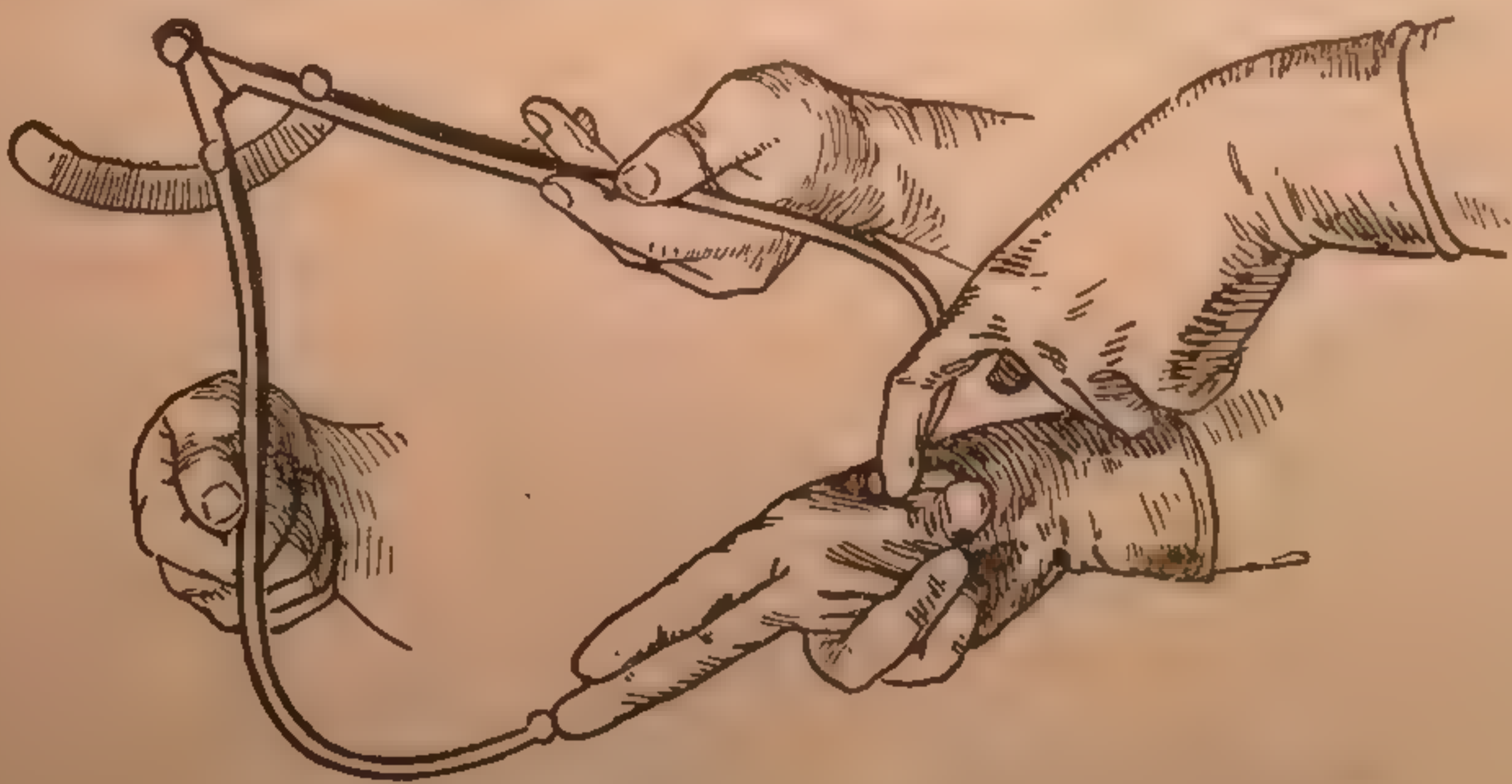


Рис. 90. Измерение диагональной конъюгаты (второй момент).

Если мыс достигается, то, упираясь в него концом среднего пальца исследующей руки, концом указательного пальца другой руки (рис. 89) отмечают на исследующей руке то место, где она касается нижнего края симфиза; отмечающий указательный палец не отнимают, а вынимают пальцы из влагалища вместе с отметкой. Затем просят няню или в крайнем случае беременную

измерить сантиметровой лентой, а лучше тазомером (рис. 90) расстояние от отметки до конца среднего пальца — это и будет длина диагональной конъюгаты. Для определения размера истинной конъюгаты из длины диагональной конъюгаты вычитают в среднем от 1,5 до 2 см, приходящихся на разницу в длине между этими двумя конъюгатами.

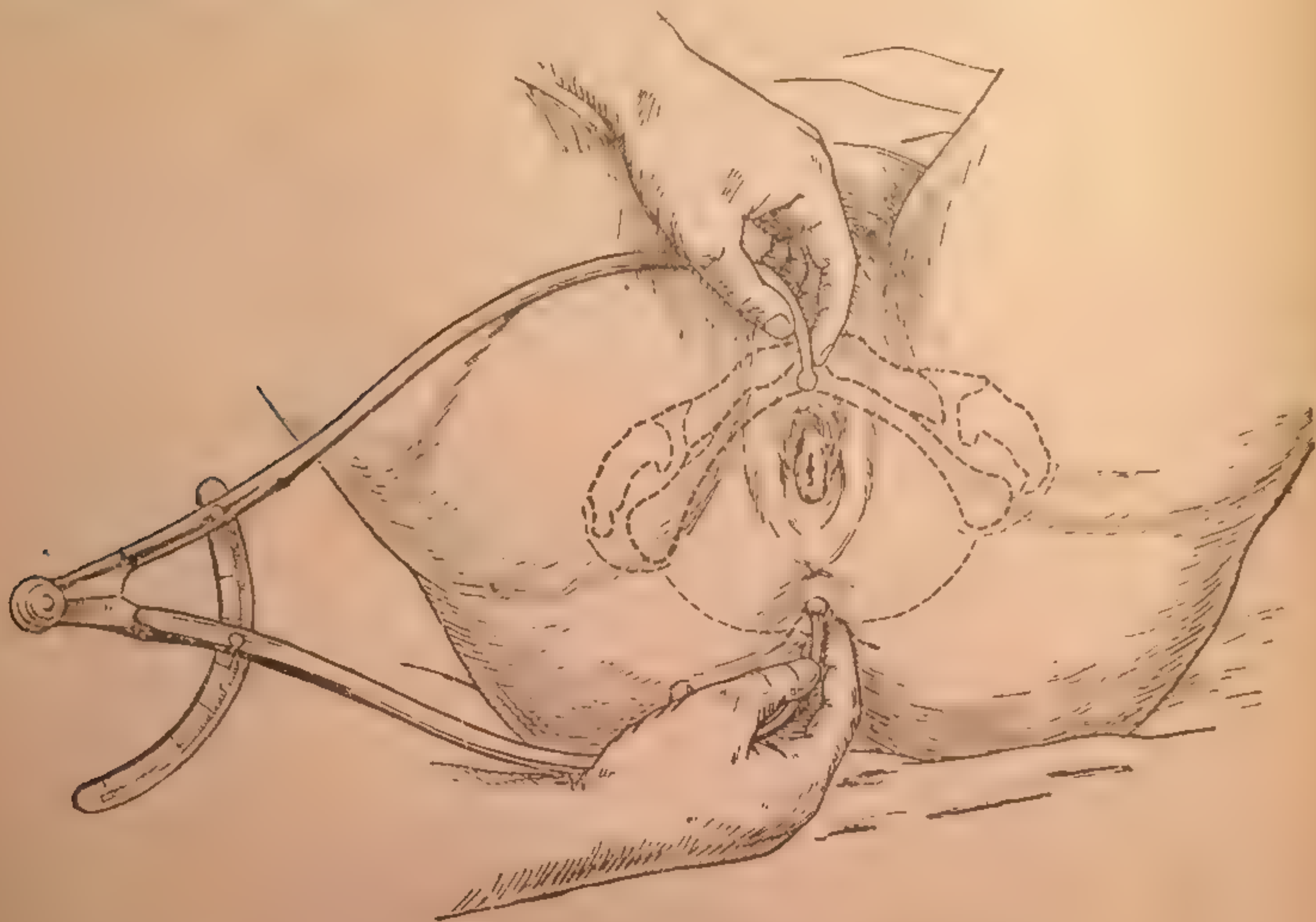


Рис. 91. Измерение прямого размера выхода таза.

Определение размеров выхода таза. Для определения размеров этого отдела таза женщину укладывают в положение на спине с прижатыми к животу бедрами.

Прямой размер выхода таза измеряют от нижнего края симфиза до верхушки копчика (рис. 91).

Поперечный размер выхода — расстояние между седалищными буграми. Сначала нащупывают пальцами седалищные бугры и к внутренним поверхностям этих бугров плотно прижимают пуговицы специального тазомера или это расстояние измеряют сантиметровой лентой (рис. 92). К полученному таким путем размеру прибавляют 1—1,5 см, в зависимости от толщины подкожножирового слоя.

О размерах выхода таза можно судить и по величине лонного угла. В нормальном женском тазу этот угол тупой; чем меньше лонный угол, тем ближе расположены друг к другу седалищные бугры. Ориентировочно его можно измерять, как указано на рис. 93.



Рис. 92. Измерение поперечного размера выхода таза.

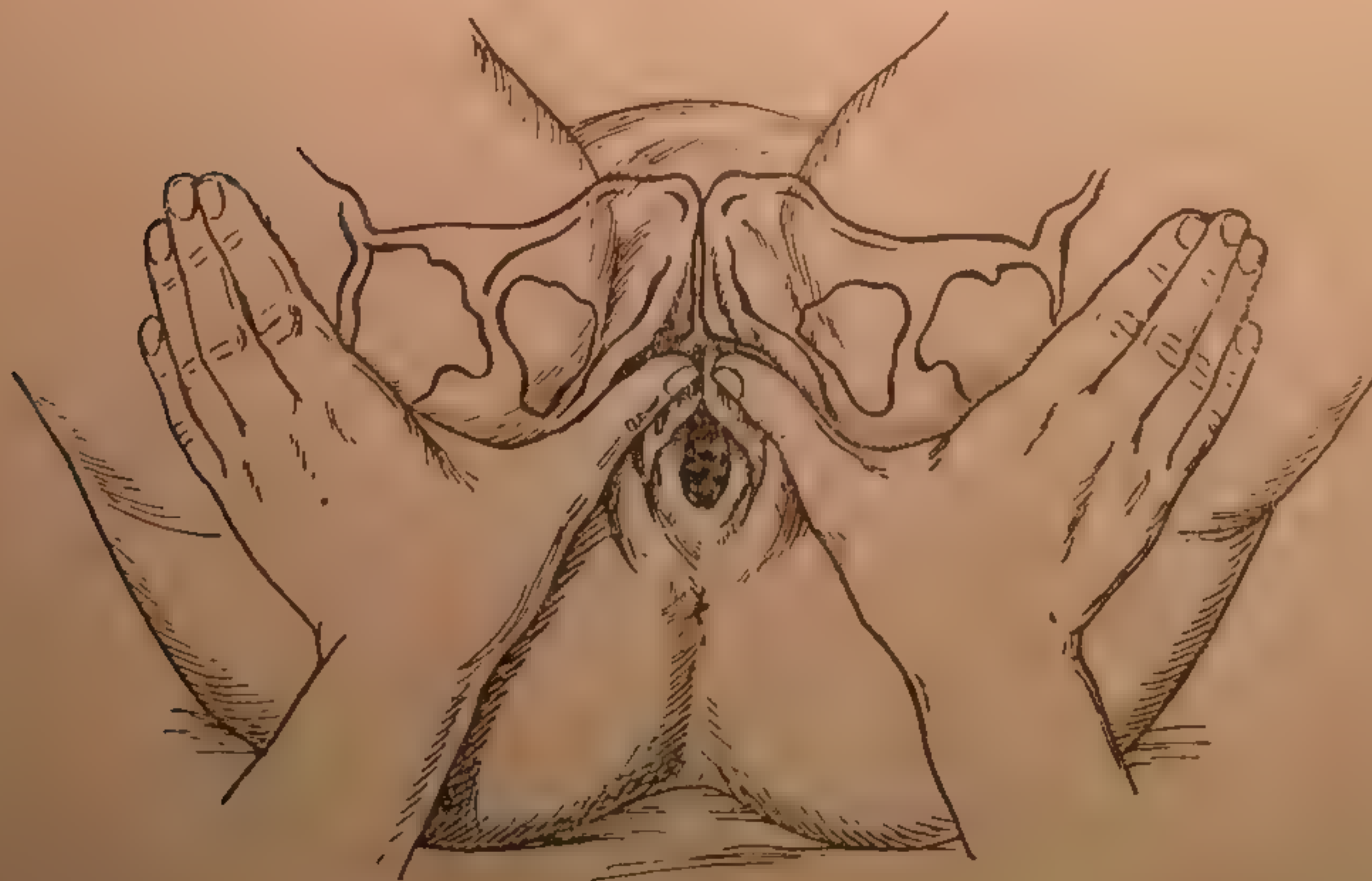


Рис. 93. Измерение величины лонного угла.

Косые размеры таза

Асимметрия таза определяется на основании измерения косых размеров таза. Для этого сравнивают расстояние между следующими пунктами:

1) от середины симфиза до задне-верхних остей подвздошных костей справа и слева (для нормального таза 17 см);

2) от передне-верхней ости одной стороны до задне-верхней ости противоположной стороны и наоборот (для нормального таза 21 см);

3) от остистого отростка V поясничного позвонка до передне-верхней ости правой и левой подвздошной кости (для нормального таза 18 см).

В симметричном тазу эти парные размеры одинаковы; если же один больше, а другой меньше, — значит таз асимметричный, косой. Разница в величине косых размеров определяет уже степень этого перекашивания. Об асимметрии таза можно до некоторой степени судить и по форме поясничного ромба (стр. 147).



Рис. 94. Определение высоты симфиза.

Измерение высоты симфиза

Если, например, при измерении диагональной конъюгаты последняя оказывается короче обычной, — допустим, что она равна не 12,5, а 12 см, то для того, чтобы определить точнее длину истинной конъюгаты, важно знать и высоту симфиза у этой женщины. Если окажется, что симфиз ниже 4 см, примерно 3,5 см, то истинная конъюгата может оказаться нормальной даже при диагональной конъюгате, равной 12 см. Таким образом, в зависимости от высоты симфиза колеблется разница в длине между диагональной и истинной конъюгатами. Для измерения высоты симфиза согнутый указательный палец проводят по задней поверхности симфиза и плотно прижимают к ней ладонной поверхностью (рис 94). Достигнув концом исследующего пальца верхнего края симфиза, указательным пальцем другой руки отмечают точку соприкосновения с нижним краем симфиза и затем измеряют расстояние между концом исследующего пальца и отметкой на нем — это и будет высота симфиза; в среднем нормальной считается высота в 4 см.

Например, если высота симфиза больше 4 см, следует для определения истинной конъюгаты вычитать из длины диагональной конъюгаты не 1,5, а 2 см.

НАКЛОНЕНИЕ ТАЗА

Обычно в стоячем положении женщины верхний край симфиза расположен ниже мыса крестца. Если при этом мысленно продолжить вперед линию, соответствующую прямому размеру входа (истинная конъюгата), то

при своем продолжении эта линия пересечется с горизонтальной поверхностью пола под углом приблизительно в 60° . Это нормальное наклонение таза (рис. 96).

Наклонение таза может оказывать влияние на положение матки во время беременности. Так, например, наклонение таза, превышающее $60-70^\circ$, когда симфиз стоит очень низко, способствует отвисанию беременной матки кпереди, что может вести к неправильным положениям плода во время беременности, а во время родов — к неправильному вставлению головки во вход таза.

Угол наклона таза измеряется специальным циркулем или видоизмененным тазомером с приделанным к нему угломером.

В практической работе к измерению угла наклона таза и высоты симфиза прибегают редко. Однако знать это необходимо для того, чтобы представить себе зависимость размеров таза от его структуры, с одной стороны, а с другой, — чтобы в практике консультации иметь в случае необходимости еще один подсобный метод для возможно более точного определения размеров таза, что важно для оценки характера предстоящих родов.

Запястный индекс — индекс Соловьева; под этим понимают длину окружности в области лучезапястного сочленения. Измеряют эту окружность сантиметровой лентой, проходящей через оба выступающих мыщелка. Средняя величина запястного индекса равна 14 см.

Указанный метод дает возможность судить о толщине костей у данной женщины: чем меньше индекс, тем тоньше кости. При одинаковых наружных размерах таза у двух женщин внутренние размеры таза окажутся большими у той женщины, у которой кости тоньше.

Влияние положения женщины на размеры таза

Выше указывалось, что таз взрослой женщины представляет собой прочное костное кольцо. Следует все же отметить, что при беременности связочный аппарат сочленений таза размягчается и становится несколько податливым (стр. 92). Это создает возможность некоторого взаимного смещения соединенных сочленениями костей, что сопровождается изменением и некоторых размеров таза. Подобное смещение может быть достигнуто различными положениями женщины.

Вальхеровское положение. Если положить женщину на спину (на край высокого стола или высокой кровати) (рис. 95) так, чтобы верхушка крестца совпадала с краем стола, а обе ноги свободно свисали вниз, то позвоночник при таком положении разгибается, нижние конечности оттягивают переднюю стенку таза кпереди и книзу и тем самым удаляют верхний край симфиза от мыса, что несколько увеличивает прямой размер входа в таз.

Если, наоборот, приподнять ноги и, согнув в тазобедренных и коленных суставах, прижать их к животу, то при таком положении бедра потянут кверху переднюю стенку таза, симфиз слегка поднимется вверх, нижний край симфиза при этом отдалится от копчика — прямой размер выхода увеличится.

Вальхеровским положением и положением с приподнятыми и прижатыми к стенкам живота бедрами (положение для камнесечения) достигается незначительное увеличение прямых размеров — самое большее до 0,2—0,3 см.

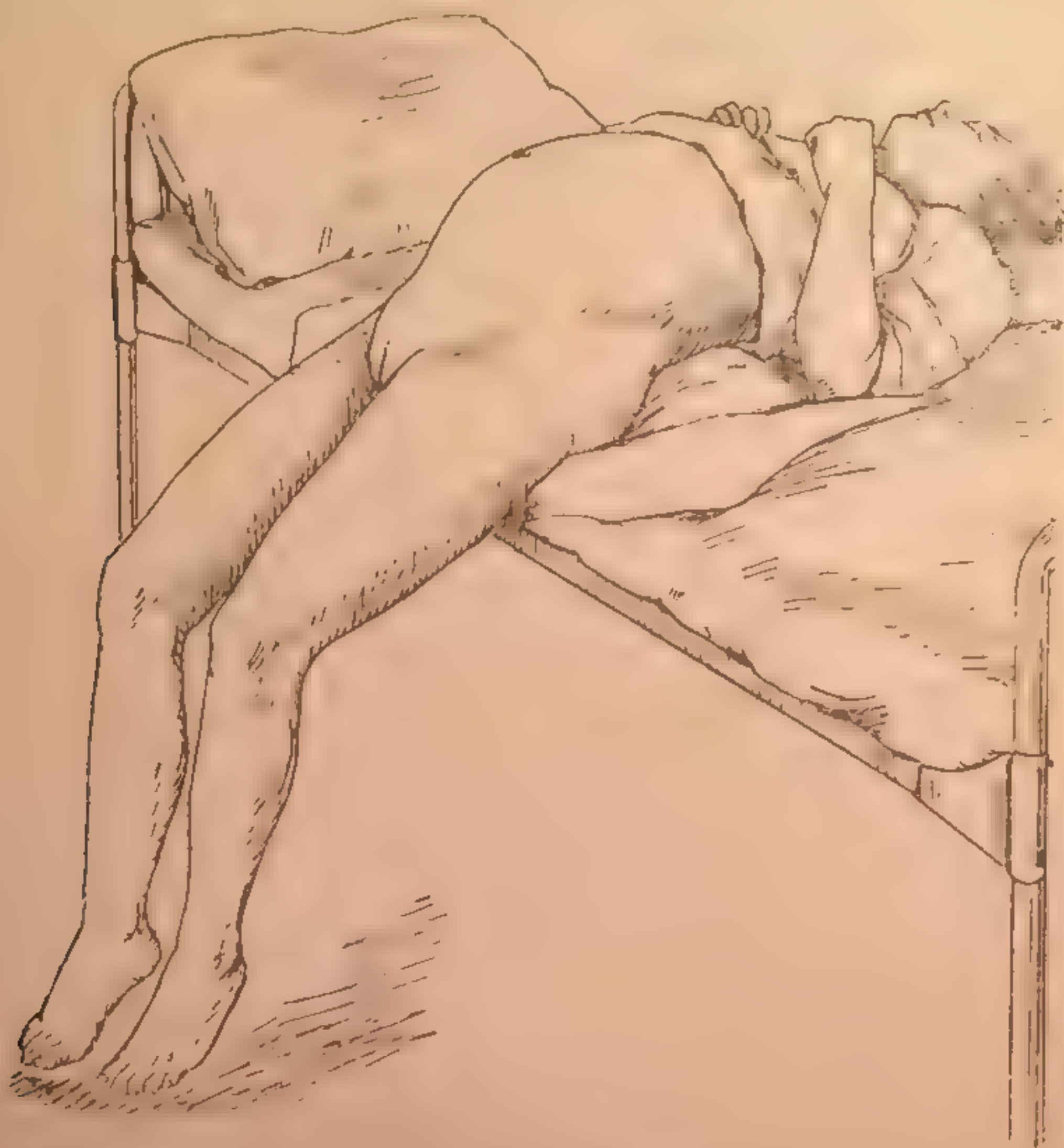


Рис. 95. Висячее (вальхеровское) положение.

Однако и это, казалось бы, ничтожное увеличение в некоторых случаях оказывается достаточным, а иногда и решающим, чтобы облегчить прохождение плода по родовым путям.

Оси таза

Тазовый канал представляет трубку, идущую сверху вниз, с изгибом вперед. Этот изгиб начинается в полости таза приблизительно на уровне половинного расстояния между входом и выходом (рис. 96), на уровне соединения III и IV крестцового позвонка.

Оси различных отделов родового канала обуславливают направление пути, по которому при родах под влиянием движущей силы мускулатуры матки и брюшного пресса продвигается плод.

Ось входа в таз — это линия, проходящая перпендикулярно через центр плоскости входа (через середину прямого размера входа) (рис. 96). Если эту ось продолжить книзу, то она пройдет через II и III позвонки копчика, а если ее про-

должить кверху, то она пересечет брюшную стенку примерно на уровне пупка.

Ось полости малого таза проходит через середины прямых размеров полости таза (рис. 96).

Ось выхода таза — это линия, проходящая перпендикулярно через середину прямого размера выхода (рис. 96); в лежачем положении женщины эта линия почти горизонтальна.

В нормальном тазу ось выхода и ось полости пересекаются под тупым углом (100° — 110°), обращенным впереди. При родах поступательные движения плода, в частности, продвижение предлежащей головки, идут примерно в соответствии с направлением оси каждого отдела таза. Поэтому линия, соединяющая середины прямых размеров всех отделов малого таза, называется проводная родовая линия таза (рис. 96).

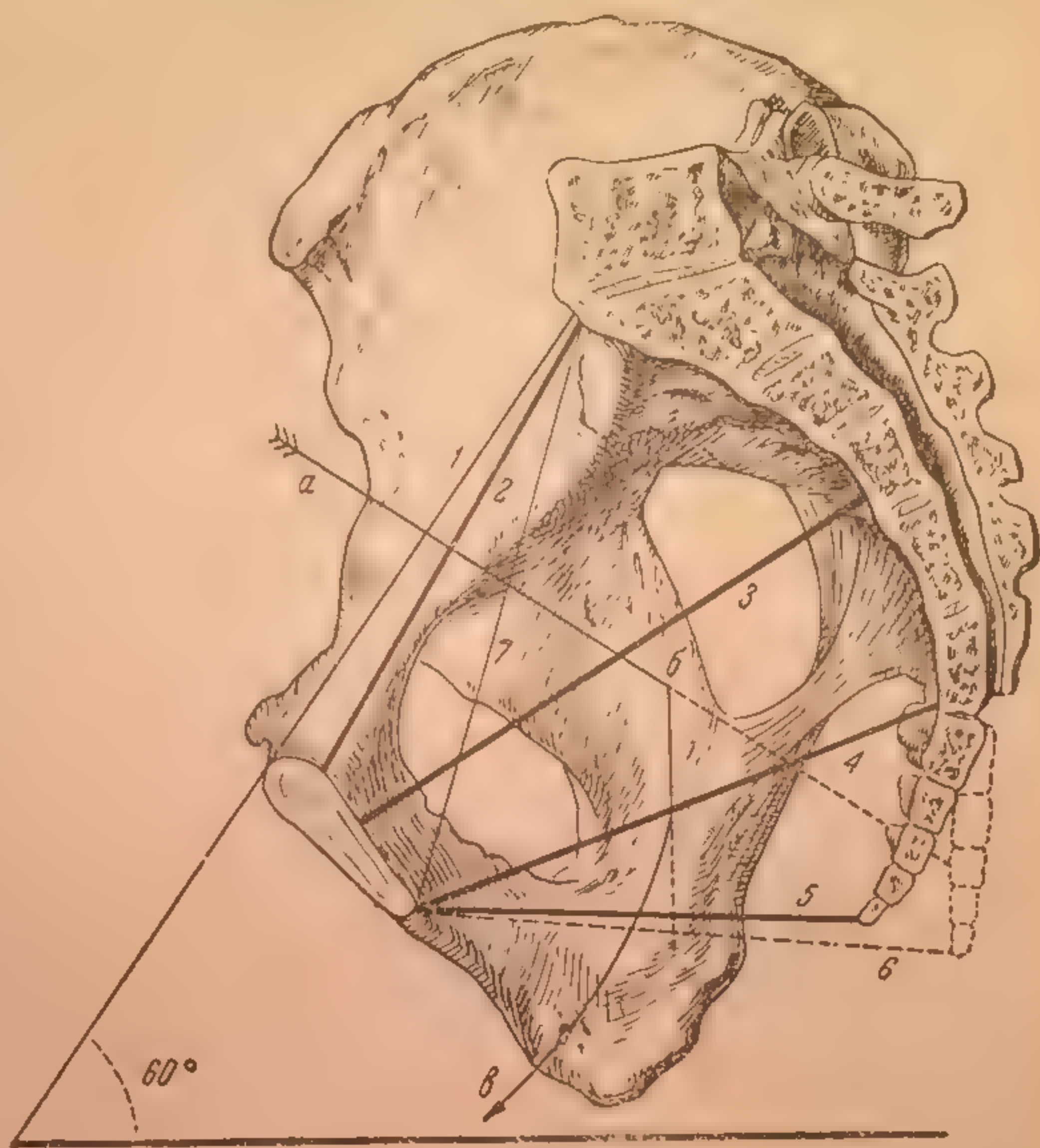


Рис. 96. Прямые размеры различных отделов малого таза.

1 — анатомическая конъюгата; 2 — акушерская конъюгата; 3 — прямой размер широкой части полости малого таза; 4 — прямой размер узкой части полости малого таза; 5 — прямой размер выхода; 6 — прямой размер выхода при родах (копчик отогнут); 7 — диагональная конъюгата; а — ось входа в таз; б — ось полости и выхода; линия а—б—в — проводная родовая линия таза. На рисунке представлен угол наклона таза (60°).

РАЗВИТИЕ ТАЗА

Таз образуется у зародыша из хрящевой основы, которая в дальнейшем окостеневает. Процесс окостенения продолжается долго, заканчиваясь примерно к 18—20 годам.

В течение детского и юношеского периода таз еще не является прочным костным кольцом и под влиянием различных воздействий форма его может подвергаться тем или иным изменениям.

Являясь поддержкой для всего тела, таз подвергается механическим воздействиям уже в раннем детском возрасте. Давление туловища, передающееся на тазовое кольцо через позвоночный столб, начинает проявляться с

первых попыток младенца садиться, а несколько позднее, когда ребенок начинает становиться на ножки, к давлению сверху присоединяется противо-давление снизу, оказываемое с обеих сторон нижними конечностями. По мере роста ребенка давление туловища постоянно изменяется, а вместе с этим изменяется постепенно и форма тазового кольца.

Таз представляет собой свод, состоящий из двух боковых костных дуг тазовых костей и вставленного между ними посредине крестца, который замыкает этот свод и таким образом играет роль ключа свода.

Верхняя часть свода сравнительно широким основанием крестца поддерживает позвоночник и вместе с ним все туловище. Нижняя часть свода упирается в головки бедренных костей, на которые таким образом переносится тяжесть верхней половины тела. В сидячем положении тазовый свод опирается на сидалищные бугры.

Давление туловища, передающееся на тазовое кольцо через позвоночник, в нормальных случаях равномерно распределяется на обе стороны тазового свода и как бы стремится раздвинуть таз в ширину. Расхождение тазового свода в стороны под давлением туловища задерживается поперечным скреплением, а именно лонным сочленением. Помимо лонного сочленения, расхождение таза в стороны задерживается еще снизу и сзади прочными сухожильными связками — крестцово-бугристыми и крестцово-остистыми. Сюда присоединяется еще действие подвздошно-поясничных мышц. Стремлением раздвинуть таз в ширину до некоторой степени можно объяснить, почему при значительном размягчении, набухании связок симфиза в конце беременности и в родах наблюдается иногда незначительное расхождение лонного сочленения.

Строение тазового свода, состоящего из трех костных частей, связанных между собой малоподвижными соединениями, придает ему, не нарушая крепости, известного рода эластичность, что очень важно в смысле уменьшения толчков и сотрясений при хождении, беге и при продвижении плода через тазовый канал. Встречая противодействие со стороны нижних конечностей, одинаковое с обеих сторон, таз остается симметричным, т. е. обе его половины, правая и левая, относительно одинаковы и одинаково развиваются.

При правильном развитии костной ткани (рациональное питание ребенка, благоприятная окружающая среда, профилактика инфекционных заболеваний и другие оздоровительные мероприятия) и при соответствующей возрасту нагрузке на позвоночник таз при нормальном противодействии снизу развивается правильно.

Уже из изложенного достаточно ясно вытекают некоторые причины, могущие способствовать образованию неправильного таза.

Эти причины могут быть обусловлены неправильным развитием всех костей таза или только некоторых из них; при этом может быть поражена вся кость или только часть ее. Неправильности таза могут развиваться в результате различных моментов: воспалительные изменения в сочленениях и суставах, вывих бедра, заболевания позвоночника, ведущие к искривлению его, соскальзывание позвоночника с основания крестца или соскальзывание вообще позвонков друг с друга; в результате заболеваний, ведущих к сдавлению отдельных позвонков, чаще всего туберкулезного характера. В подобных случаях имеет место неравномерное распределение тяжести туловища на тазовые кости. При заболеваниях, например, тазобедренного сустава, при так называемом коксите, девочка, испытывая резкую болезненность в этом суставе, щадит его при стоянии и ходьбе и всей тяжестью туловища опирается на здоровую ногу. В результате такого перенесения тяжести на одну сторону таза последний развивается несимметрично, т. е. неодинаково в правой и левой своих половинах, и получается косой таз (рис. 225). К подобным же изменениям приводит односторонний вывих в тазобедренном суставе, ампутация одной конечности, бездеятельность одной нижней конечности вследствие различных заболеваний в детском и юношеском возрасте.

Ненормальное развитие костной ткани при рахите сказывается и на формировании таза. Давление, передающееся с позвоночника на крестец, а отсюда и на весь тазовый свод, при неполноценности костной ткани значительно

больше изменяет форму таза, чем в норме. К тому же при рахите наблюдается неравномерное напряжение мышц, прикрепляющихся к тазовым костям, что также ведет к неправильному развитию таза, к смещению крестца.

Наряду с указанными моментами, предрасполагающими к образованию неправильного таза, большую роль играет ранний тяжелый физический труд, который сам по себе, даже при отсутствии указанных выше причин, может вести к изменению формы и размеров таза. Чрезмерное давление в результате, например, переноски слишком больших тяжестей передается по позвоночнику на несформировавшийся податливый таз, что, понятно, сказывается на его формообразовании.

Анатомически узкий таз и различные степени деформаций таза были очень частым явлением у женщин в дореволюционной России. Очень часто можно было наблюдать тогда и патологические роды, связанные с неправильностями строения таза.

Советская охрана труда женщин и подростков, охрана материнства и детства и вся система советского здравоохранения обеспечили профилактику указанных заболеваний. Деформации таза встречаются у нас теперь как исключительная редкость.

Глава VIII

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В СТАЦИОНАРЕ РОДИЛЬНОГО ДОМА

ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

В задачи организации ухода за беременной, роженицей и родильницей входит создание наиболее благоприятных условий обстановки, способствующих безболезненному течению родов, предупреждению патологии беременности, родов и послеродового периода.

Правильная организация режима и уход за женщиной в стационаре приобретают первостепенное значение. Мало оказать своевременную квалифицированную помощь, применить то или иное лекарственное лечение, — необходимо обеспечить соответствующие условия для ликвидации изменений, возникших в организме женщины, необходим соответствующий уход; только это обеспечивает эффективность наших мероприятий и способствует более быстрому выздоровлению. Хорошо известно, какую колоссальную роль в выздоровлении родильницы играет акушерка, проявляющая чуткое, ласковое отношение к больной.

Когда еще не применялось переливание крови, когда не знали столь эффективных средств лечения, как сульфаниламидные препараты, пенициллин, стрептомицин, когда тяжелые септические послеродовые заболевания не являлись редкостью, больных и к тому с очень тяжелыми заболеваниями часто спасал от смерти главным образом вдумчивый, любовный, внимательный уход.

Не лишне вспомнить и многочисленные факты если не безболезненного, то во всяком случае мало болезненного течения родов у тех рожениц, возле которых неотступно находилась акушерка. Ласкового слова, нежного и чуткого отношения, поглаживания во время схватки в пояснично-крестцовой области нередко

оказывалось достаточно, чтобы болезненность во время схватки резко снизилась и даже совсем прекратилась. Это во многом зависит и от того, что, войдя в тесный контакт с роженицей, акушерка внушает ей веру в благоприятный исход родов; эта вера снижает страх, что в значительной степени облегчает течение родов.

Отечественный акушер Г. А. Кораблев более 100 лет назад в своем руководстве указывал на необходимость поддерживать у беременной и роженицы хорошее настроение, умело вселять в нее уверенность в благоприятном исходе родов. При этом он отмечает, что «...всякую болтовню мнительная роженица перетолкует в худую сторону и примет к своему положению; в выражениях печали и в страдании присутствующих знакомых, в их шопотных разговорах читает она свой смертный приговор и повергается в отчаяние». Очень большое значение окружающей обстановке при лечении и уходе за больными придавали и другие наши отечественные корифеи — С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, И. П. Лазаревич, В. Ф. Снегирев.

В. Ф. Снегирев считал важнейшей задачей медицинского работника «уметь сообщить больной, чем она страдает, как это страдание отражается на ней, уметь возбудить ее к борьбе в надежде получить окончательное исцеление, уметь дисциплинировать больную».

Все это, однако, проводилось эмпирически; тогда еще не было достаточных научных данных для объяснения этих фактов. Только учение И. П. Павлова раскрыло нам сущность этого явления. Теперь мы организуем режим на основе учения великого Павлова о ведущей роли центральной нервной системы и прежде всего коры головного мозга во всех функциях человеческого организма.

Доказано, что при изменении условий окружающей обстановки могут возникнуть изменения в высшей нервной деятельности.

Кора головного мозга воспринимает раздражения, идущие как из внешней среды, так и от внутренних органов. В свою очередь импульсы, идущие от коры головного мозга, влияют на внутренние органы, изменяя их состояние, возбуждая и тормозя их функции.

При чрезмерной силе интерорецептивных или экстерорецептивных импульсов или при длительной непрерывной «бомбардировке» ими коры (подпороговые раздражения при повторении суммируются и приобретают в связи с этим уже пороговую или даже надпороговую силу) может наступить истощение, ослабление функции коры головного мозга, вследствие чего могут возникнуть глубокие, в том числе и патологические изменения в организме. С таким явлением мы иногда встречаемся у беременных женщин при патологически протекающей беременности и у родильниц, особенно после длительно и тяжело протекающих родов или при послеродовой инфекции.

Зная, насколько чувствительны высшие отделы центральной нервной системы ко всем изменениям как внешней, так и внутренней среды организма, нам станет понятным огромное значение благоприятной обстановки в консультации и тем более в родильном доме для находящейся здесь беременной, роженицы и родильницы.

Несомненно, новая обстановка во всех ее деталях (отношение окружающих, режим бодрствования и сна, питание, лечение и т. п.) отражается на состоянии беременной, роженицы и родильницы.

Благоприятная обстановка, окружающая женщину в родильном доме, благотворно влияет на ее состояние, способствует эффективности проводимого лечения, лучшим результатам применяемого психо-профилактического или медикаментозного метода обезболивания родов.

Условия внешней обстановки в родильном доме складываются из очень многих элементов. Все их невозможно и перечислить. В настоящей главе мы коснемся лишь некоторых наиболее существенных из них с тем, чтобы при любых условиях своей работы акушерка могла продумать все необходимые элементы лечебно-охранительного режима.

Уход должен содействовать быстрой и правильной адаптации, т. е. привыканию больной к новой обстановке, он должен способствовать поднятию общего нервно-психического тонуса женщины.

Большую роль в организации лечебно-охранительного режима играет поведение персонала, его отношение к больной, его разговор с больной.

«...слово, — писал И. П. Павлов, — для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения»¹.

Так, например, слово «лимон» при соответствующих условиях может вызвать у человека обильное выделение слюны — такое же, как при показе ломтика лимона (в последнем случае проявляется действие первой сигнальной системы), или такое, как при непосредственном введении в рот кусочка лимона (безусловный рефлекс).

Сочетаясь с безусловными раздражителями и раздражителями первой сигнальной системы, слово, речь (вторая сигнальная система) являются естественным условным раздражителем, полу-

¹ И. П. Павлов, Полное собрание трудов, т. IV, 1947, стр. 337.

чающим постоянные подкрепления в общении с окружающей средой; поэтому И. П. Павлов и называет слово реальным раздражителем.

Слово, влияя через кору головного мозга как условный раздражитель, при определенных условиях может производить в организме тончайшие физиологические и биохимические изменения. Отсюда вытекает необходимость умело пользоваться словом, осторожно, обдуманно употреблять слова.

Правильно и к месту произнесенное слово может принести само по себе большую пользу и, наоборот, непродуманное, неправильно, не к месту сказанное слово приносит только вред. Не надо забывать старинную поговорку, которая гласит, что «словом можно убить человека и словом можно оживить его».

Для иллюстрации пагубных последствий неправильного, немелкого пользования словом укажем на случай, приведенный акад. К. М. Быковым. У больной развилась рвота вследствие самовнушения, что у нее в животе черви и что она «заживо гниет». По этому поводу в целях психотерапии ей было произведено как бы пробное чревосечение, после чего ей было заявлено, что все «черви» удалены. Женщина сразу же поправилась. Однако стоило во время обхода одному из студентов неосторожно сказать, что при операции была произведена только ревизия полостных органов и что никаких червей у больной не удаляли, как немедленно возобновилась рвота, и больная вскоре погибла от истощения. В работе медицинского персонала не к месту сказанное слово нередко приводит к так называемым иатрогенным заболеваниям.

Употребляя при обследовании женщины, казалось бы, совершенно безобидные слова, как, например, «уплотнение», «приглушение», «ригидные края», «высокая промежность», «глухие тоны» и т. п., акушерка, сама того не замечая, внушает беременной (роженице) настороженность, страх.

Крайне бережное отношение к слову при разговоре с беременной или в ее присутствии с родственниками беременной — одно из основных требований в организации ухода. Слово должно быть в своем роде «стерильным».

Основное положение — в беседе с беременной, роженицей, родильницей вселять в нее веру в благоприятный исход родов, в выздоровление, а у людей ослабленных воспитывать волевые качества путем создания положительных эмоций.

Положительные эмоции (радость, желание иметь ребенка, удовольствие, вкусная пища, приятная беседа и т. п.) способствуют восстановлению нарушенной кортико-висцеральной целостности, повышению реактивности организма. С положительными эмоциями связаны процессы восстановительные, ассимилятивные.

Наоборот, отрицательные эмоции (горе, тоска, обида, грубое отношение окружающих, грязь и т. п.) понижают общий тонус организма, снижают его сопротивляемость к инфекции. С отри-

цательными эмоциями связаны разрушительные диссимилятивные процессы в организме. Известны, например, случаи наступления выкидыша, преждевременных родов в связи с тяжелыми психическими переживаниями.

Беседуя с беременной или с родильницей, готовясь к ответам на их вопросы об исходе родов или заболевания, акушерка должна помнить, что нервно-психический тонус больной зависит, помимо других причин, и от веры беременной в благоприятное течение и исход родов, от веры ее в выздоровление. Необходимо, чтобы вся окружающая обстановка убеждала беременную в том, что здесь, в лечебном учреждении, все работники заинтересованы в благоприятном исходе беременности, в выздоровлении ее, как близкого, родного человека.

Не надо забывать, что отрицательные эмоции могут быть связаны не только с неправильным поведением персонала, но и с непродуманным поведением родных, сообщающих женщине сведения, волнующие, расстраивающие ее. Необходимо не только воспитывать в этом отношении персонал, но и предупреждать родных, чтобы в письмах они не писали ничего такого, что может взволновать женщину. За этим обязаны следить дежурная акушерка и санитарка.

У беременных, особенно при патологически протекающей беременности, у родильниц после перенесенной большой физической и психической нагрузки, какой являются роды, мы нередко встречаем состояние значительного напряжения, а в некоторых случаях перенапряжения клеток коры головного мозга. Это обстоятельство требует создания наиболее благоприятных условий для отдыха и сна.

Сон представляет собой охранительное торможение основной массы нервных клеток больших полушарий мозга; сон восстанавливает работоспособность утомленного, истощенного организма, что способствует и более быстрому выздоровлению больного.

Роль сонного торможения заключается не только в охране клеток коры головного мозга от дальнейшего, еще более глубокого их повреждения: сон оказывает исключительно важное целебное воздействие на больные клетки, как бы лечит их и тем самым способствует быстрейшему их возвращению к более или менее здоровому состоянию.

Сон может развиваться и без достаточного утомления. Слабые длительные раздражители одного из органов чувств (слух, зрение и другие), как показали опыты И. П. Павлова, являются снотворными агентами; особенно активны в этом отношении тактильные и температурные раздражители. Развитию сна способствуют и привычные условия.

В этом смысле большое значение имеет организация правильного режима и настойчивое проведение его, строго проводимый порядок чередования бодрствования и сна.

Необходимо обеспечить родильнице в течение суток минимум 8—9 часов хорошего сна при обязательном непрерывном ночном сне не менее 6 часов.

Сон может наступать в силу отпадения массы раздражений, обыкновенно поступающих в большие полушария, т. е. путем устранения шума в коридорах, в палате, путем устройства затемнения в палатах, поддержания соответствующего температурного режима в палатах и в силу ряда других моментов. Сон может наступить и в результате постоянного однообразного монотонного раздражения рецепторов, так как клетки головного мозга, если они находятся под влиянием однообразных и постоянных раздражений, переходят в тормозное состояние. Так, например, в качестве такого раздражителя можно установить фонарик-«светлячок», как это сделано в Макаровской больнице.

Не должны иметь места такие факты, когда в родильном доме среди ночной тишины вдруг раздаются шаги «топающей» каблуками акушерки или няни, слышится скрип дверей или пронзительный звонок телефона, или из отдаленной комнаты, где забыли плотно закрыть дверь, доносится дребезжание моющихся тарелок или инструментов, или в палате скрипит кровать при каждом движении женщины. Надо не забывать, что если многое из перечисленного и подобного перечисленному может в дневное время не вызывать реакции роженицы или родильницы, то на фоне ночной тишины все это воспринимается по-иному и является сильным раздражителем.

При достаточном внимании со стороны акушерки и другого персонала все эти раздражающие моменты очень легко могут быть устранены. Исходя из этих данных, очень желательно заметить звуковую сигнализацию световой.

Большое значение в уходе за больной имеет вкусно приготовленная и чисто поданная пища при хорошо сервированном столе. И. П. Павлов предъявлял к вкусовым качествам пищи особые требования. «Все приправы к еде, все закуски перед капитальной едой, очевидно, рассчитаны на то, чтоб возбудить любопытство, интерес, усиленное желание еды. Общеизвестен факт, что человек, сначала равнодушно относящийся к обычной еде, начинает ее есть с удовольствием, если предварительно раздражит свой вкус чем-нибудь резким — пикантным, как говорят. Нужно, следовательно, тронуть вкусовой аппарат, привести его в движение для того, чтобы дальше деятельность его поддерживалась менее сильными раздражителями»¹.

Все манипуляции, диагностические и лечебные процедуры должны проводиться безболезненно, о них по возможности роженица должна быть осведомлена заранее. Необходимо стремиться к тому, чтобы каждая беременная была своевременно подготовлена к безболезненному течению родов путем проведения специ-

¹ И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, т. II, кн. 2, 1951, стр. 177.

альных занятий, предусмотренных психопрофилактическим методом (стр. 232).

Указанные мероприятия повышают нервно-психический тонус, усиливают сопротивляемость организма инфекции, вселяют веру в благополучное завершение родового акта, что способствует предупреждению заболеваний, а если они и возникнут, то более быстрой их ликвидации.

Из сказанного следует, что лечебно-охранительный режим включает в себя ряд до мелочей продуманных мероприятий, в первую очередь создание спокойной, тихой обстановки, устранение шума в приемной, палатах и коридоре, «стерильность» слова, исключение посторонних разговоров, суеты и суетлоки в работе всего персонала (акушерка, сестра, няня), строгое, своевременное и безболезненное выполнение всех назначений, внимательное отношение к жалобам больной, ровный, спокойный тон в беседе с нею, забота о чистоте в палатах, чистоте белья, вкусное приготовление пищи, устранение неприятных запахов и т. д.

Усвоить самой и систематически знакомить весь младший персонал с принципами психопрофилактики и психотерапии, с пониманием значения «стерильности» слова — таковы задачи акушерки в организации и проведении охранительного лечебного режима в женской консультации и в родильном доме.

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ

Асептика и антисептика в акушерстве имеют особо важное значение: без тщательного соблюдения асептики и антисептики во всех «мелочах» акушерской практики помощь акушерки может оказаться опасной для жизни женщины и ребенка.

Акушерка близко соприкасается с беременной, оказывает ей помощь при родах, проводит после родов уход за матерью и ребенком. Если акушерка сама нечистоплотна, не соблюдает правил личной гигиены и к тому же недостаточно тщательно соблюдает правила асептики и антисептики в работе, она может принести большой вред.

Акушерка должна повседневно соблюдать правила личной гигиены в быту, следить за чистотой тела, ухаживать за кожей, за руками, за волосами, за зубами и полостью рта, часто сменять белье.

Акушерка может сама стать источником распространения инфекции, если она больна гриппом, насморком, ангиной, фурункулезом, рожистым воспалением, если у нее имеются больные зубы, гнойные выделения (из уха, влагалища) и т. п., а также если она прикасалась к гною, калу, земле (столбняк) и каким-либо предметам, загрязненным болезнетворными бактериями. Она может быть источником инфекции, если находилась в близком контакте с инфекционным больным (скарлатина, дифтерия, рожа и др.); она может стать источником инфекции в том случае, если

работает в грязном халате или в халате, в котором перед этим принимала роды у женщины с повышенной температурой или если она работает без маски; она, безусловно, является источником инфекции, если оказывает помощь, не обработав предварительно надлежащим образом руки. Надо помнить, что при этом страдает не только та женщина, которой акушерка оказывает помощь, но в условиях работы в родильном доме могут пострадать и десятки других женщин, с которыми она, возможно, и не будет иметь непосредственного контакта.

Особенности асептики и антисептики в акушерстве заключаются в том, что малейшее упущение, иногда на первый взгляд незначительное, может повести к массовой заболеваемости и даже смертности матерей и особенно детей.

В родильном доме или на дому у роженицы акушерка должна тщательно соблюдать все правила асептики и антисептики — это является для нее законом, невыполнение которого приравнивается к преступлению.

Раневая поверхность во влагалище и в матке остается открытой в течение многих дней после родов; это длительно открытые ворота, через которые легко проникает инфекция в организм матери. Так же легко проникает инфекция и в организм новорожденного через культю пуповины, через его дыхательные пути, через кожу.

В доантисептический период смертность матерей от послеродовых заболеваний была чрезвычайно велика. В родильных домах временами вспыхивали жесточайшие эпидемии так называемой родильной горячки: иногда из 20 женщин выживала только одна. Временами даже в лучших клиниках свирепствовали жестокие эпидемии родильной горячки, вследствие чего учреждение закрывали и оно не функционировало по нескольку месяцев. При больших родильных учреждениях, как, например, при бывшем Московском родовспомогательном заведении, существовали специальные запасные бараки, куда переносилась вся работа в случае вспышек эпидемии родильной горячки в основном помещении.

Особенно заметно повышался процент заболеваемости и смертности в тот период, когда в родильном отделении велись практические занятия учащимися медицинских школ, которые одновременно изучали анатомию и вели работу на трупах.

Первый обратил на это внимание Земмельвейс (Ignaz Philipp Semmelweis); он сравнил процент заболеваемости и смертности в двух отделениях: в одном работали учащиеся, а в другом их не было. Заболеваемость и смертность были высоки в обоих отделениях, но там, где работали учащиеся, она оказалась почти в 5 раз больше. Это убедило Земмельвейса в том, что тяжелые послеродовые заболевания разносятся руками студентов, исследующих женщин; он выяснил, что послеродовые заболевания возникают вследствие попадания гнилостных веществ в организм

женщины через открытые кровеносные сосуды, через разрывы тканей родовых путей. Исходя из этого, Земмельвейс в 1847 г. впервые ввел обмывание рук хлорной водой. Уже таким с современной точки зрения примитивным методом обработки рук ему удалось снизить смертность до 5%; для того времени это было огромным достижением.

Открытие Земмельвейса, как и ряд открытий других ученых того времени, не только не было принято, но и было даже осмеяно; Земмельвейс был изгнан со своей родины. Убежденному в своей правоте Земмельвейсу не удалось при жизни увидеть торжество своих идей; он не мог научно обосновать свой метод — тогда бактериология как наука еще не существовала и истинный возбудитель родильной горячки еще не был известен. Только в 1879 г. Пастер (Louis Pasteur) впервые обнаружил в крови больных родильной горячкой стрептококки.

Прошло еще 20 лет, и лишь со времени введения антисептики (применение сильнодействующих дезинфицирующих средств, например, карболовой кислоты) Земмельвейс был признан основоположником этого метода.

Методы антисептики значительно уменьшили количество послеродовых заболеваний и особенно смертность родильниц, однако смертность продолжала оставаться еще достаточно высокой, что заставляло искать более совершенных средств борьбы.

Следующим этапом в борьбе с раневой инфекцией явилась асептика. Этот метод имеет целью не допустить проникновения бактерий в рану; для этого перевязочный материал, инструменты, белье, предметы ухода обезвреживают путем стерилизации кипячением или в автоклаве (паром).

Первыми в России ввели асептику и антисептику знаменитый хирург Н. И. Пирогов и его ученик акушер-гинеколог А. Я. Крассовский.

Антон Яковлевич Крассовский (1823—1898), основоположник оперативной гинекологии и всего научно-практического акушерства и гинекологии в России, был вначале профессором Военно-медицинской академии, а затем первым русским директором (до него директорами были приглашенные немецкие врачи) крупнейшего в России Петербургского родовспомогательного заведения (ныне родильного дома имени Снегирева).

Еще до введения в практику антисептических средств он провел мероприятие, при котором роженица с момента поступления и до выписки из учреждения оставалась под наблюдением одной и той же акушерки. Это мероприятие значительно снизило процент послеродовых заболеваний.

Крассовский первый в России ввел в акушерскую практику асептику и антисептику. Он был блестящим педагогом, выдающимся хирургом и ученым; значительно расширил подготовку акушеров и врачей-акушеров. А. Я. Крассовский составил классическое руководство по акушерству «Оперативное акушерство», которое и поныне не утратило своего значения.

После введения асептики в акушерство процент послеродовых заболеваний и смертности резко снизился.

Соблюдение чистоты рук, наряду с чистотой всего тела, является основным и важным условием; без этого ни врач, ни

акушерка, ни сестра родильного дома не имеют права оказывать акушерскую помощь и проводить уход за родильницей и новорожденным.

Из различных методов обработки рук в акушерской практике пользуются преимущественно двумя.

Способ мытья рук по Спасокукоцкому. Предварительно текущей теплой водой моют с мылом при помощи щетки руки до локтей в течение 3 минут. Затем их моют в 0,5% растворе нашатырного спирта; для этого в обожженный эмалированный таз, специально предназначенный для мытья рук, наливают из бутылки имеющегося наготове 0,5% раствора нашатырного спирта столько, чтобы можно было погрузить обе руки до нижней трети предплечий. В этом растворе руки моют в течение 3 минут, пользуясь стерильной марлевой салфеткой; особенно тщательно протирают подногтевые пространства. Затем раствор выливают, тазик ополаскивают раствором из бутылки и снова наливают то же количество свежего раствора, что и в первый раз, после чего моют руки еще в течение 3 минут. После этого руки обсушивают стерильной марлей и обрабатывают спиртом в течение 5 минут.

Учитывая, что ведение родов продолжается длительное время, после такого мытья рекомендуется надеть стерильные перчатки.

Способ мытья рук по Фюрбрингеру (несколько видоизмененный). Обрезав предварительно ногти, под струей текущей теплой воды с мылом с помощью стерильной щетки моют руки до локтей в течение 5 минут. Затем второй щеткой с мылом моют руки до середины предплечий в течение 10 минут. После этого руки обсушивают стерильной салфеткой и основательно протирают их в течение 5 минут спиртом. Концы пальцев смазывают йодом. На вымытые руки желательно надеть стерильные перчатки.

Каким бы методом мытья рук ни пользовалась акушерка, она должна знать, что ей приходится очень часто и очень тщательно мыть руки, применяя при этом различные дезинфицирующие средства; при отсутствии постоянного ухода за руками это может повести к образованию трещин кожи, шелушению эпидермиса. За руками надо постоянно ухаживать (мыть их в мыльной пене, смазывать глицерином или миндальным маслом, носить перчатки); руки для акушера и акушерки — основной «инструмент», их надо содержать всегда в порядке.

При том и при другом методе необходимо предварительно коротко остричь ногти и очистить подногтевые пространства, рукава халата должны быть засучены выше локтей, чтобы при мытье рук не мочить рукава халата.

Стерилизация щеток для мытья рук производится путем обычного кипячения в стерилизаторе в течение 10 минут; новые щетки, еще не бывшие в употреблении, кипятят первый

раз в течение получаса. После кипячения воду сливают и щетки хранят в этом же стерилизаторе в сухом виде. Для извлечения щеток из стерилизатора пользуются длинным пинцетом, хранящимся в спирту.

Для использованных щеток необходимо иметь возле умывальника отдельный лоток.

П л а т ь е акушерки должно быть сшито из ситца. Она надевает его только на время дежурства и по окончании работы оставляет в родильном доме.

Х а л а т, в котором принимают роды, должен быть чистым и свежим. Если почему-либо акушерка лишена возможности пользоваться для ведения родов стерильным халатом, следует обычный халат обвязать через плечо чистой, лучше стерильной простыней или надеть поверх халата чистый клеенчатый фартук.

К о с ы н к а на голове должна быть чистая и полностью закрывать волосы, так как у корней волос гнездятся бактерии.

М а с к а надевается для того, чтобы предохранить половые органы женщины, кожу и дыхательные пути ребенка от попадания в них микробов из полости рта и носа акушерки (капельная инфекция). Маска изготавливается из специального белого миткаля или из марли, сложенной не менее чем в три слоя. Маска должна покрывать рот и нос акушерки, оставляя с боков достаточно места для поступления воздуха; удерживается маска завязками: верхние завязываются над ушами, а нижние — на шее. Для ведения родов необходимо каждый раз брать свежую стерильную маску; при работе в отделении маску нужно менять не менее двух раз в течение рабочего дня. Маска изнутри очень скоро загрязняется; поэтому надо всячески бороться с привычкой персонала часто прикасаться к ней руками — то стягивать, то снова надвигать на нос или — еще того хуже — снимать и класть в карман халата, а затем снова надевать; это ведет к распространению инфекции.

Ч и с т о е белье хранят в специальном запертом шкафу, а стерильное — в больших барабанах. Желательно, чтобы подкладная простыня, на которой лежит роженица, была не только чистой, но и стерильной.

Г р я з н о е белье должно храниться до сдачи его в прачечную в специально предназначенных для этого помещениях (грязная бельевая). Временное хранение белья в помещении родильного дома до сдачи его в грязную бельевую разрешается только в особых ящиках (баках), окрашенных внутри масляной краской или обитых оцинкованным железом. Ящики (баки) должны освобождаться от грязного белья не реже двух раз в сутки и ежедневно дезинфицироваться.

Белье после женщины с повышенной температурой хранится отдельно и до отправки в прачечную предварительно замачивается в баке с крышкой в растворе лизола.

После выписки родильницы из родильного дома ее кровать со всеми постельными принадлежностями подвергают тщательной санитарной обработке.

Стерилизация суден. Роженица и родильница в период пребывания в родильном доме должны пользоваться индивидуальным судном. Судно должно быть чистым, предвари-

тельно простерилизованным, хотя бы им до этого пользовалась здоровая женщина, иначе оно может стать источником распространения послеродовых заболеваний.

Обычно судно моют водой, а затем кипятят в баке в течение 15 минут, после чего оно или поступает в пользование, или хранится в стерильном мешке. При отсутствии кипятильников судно тщательно моют и после этого ополаскивают одним из дезинфицирующих растворов: лизол, сулема, хлорамин.

Каждый раз после слива судно тщательно моют текущей водой и ополаскивают дезинфицирующим раствором (сулема, лизол).

Сливы и унитазы, куда выливают содержимое суден, должны тщательно мыться и ежедневно дезинфицироваться.

Мытье клеенок. Роженица и родильница лежат обычно на подкладной пеленке, под которую кладется клеенка. При каждой уборке женщине кладут чистую, желательнее стерильную пеленку, а клеенку моют и насухо протирают.

Мытью клеенки после выписки родильницы должно быть уделено большое внимание. В родильном доме в особой комнате, так называемой моечной, имеется специально оборудованная доска для мытья клеенок. Это мраморная (рис. 97) или деревянная, выкрашенная масляной краской или, лучше, обшитая оцинкованным железом доска, к которой подведена горячая вода. Для сушки клеенок в моечной имеется стойка или специальный сушильный шкаф. Клеенку предварительно ополаскивают водой, а затем с помощью стерильной щетки или мочалки тщательно моют жидким мылом; сначала моют одну сторону клеенки и обмывают дезинфицирующим раствором (лизол, хлорамин), затем доску обмывают и моют на ней другую сторону клеенки,



Рис. 97. Мытье клеенки.

после чего клеенку сушат на стойке и хранят в стерильной пеленке или мешке.

Если такой доски нет, клеенку моют на кровати теплой водой с мылом при помощи стерильной мочалки. Тщательно вымыв клеенку, ее основательно протирают дезинфицирующим раствором и затем сушат на чистой моющейся перекладине.

Кровать и прикроватный столик после выписки родильницы моют горячей водой с мылом, а затем протирают раствором сулемы.

Клеенку, покрывающую целиком одну сторону матраца (пришитая к нему), протирают теплой водой, а затем раствором сулемы (лизоформа); матрац выносят на двор и вывешивают на 12 часов под крытым навесом или на специальных стойках. Если матрац имел двойную наволочку, то верхнюю снимают и отдают в стирку, а на матрац надевают чистую наволочку.

Все белье сдают в стирку; теплые одеяла, подушки вытряхивают и после этого вместе с матрацем проветривают в течение 12 часов.

Все это имеет в виду нормальное течение послеродового периода. Если же у родильницы была повышенная температура, то необходимо, помимо указанного, отдать в дезинфекцию подушки, одеяло и матрац. Клеенку с матраца снимают и подвергают вышеупомянутой обработке. Если нет дезинфекционной камеры, подушки и матрац проветривают в течение 48 часов, а одеяло сдают в стирку.

В сомнительном отделении, а также после лихорадивших женщин указанная обработка проводится обязательно под наблюдением дежурной акушерки.

Все помещения родильного дома следует проветривать по нескольку раз в день независимо от времени года. Проветривание детских комнат производится, как правило, в отсутствие детей, когда их уносят для кормления. Уборку всех помещений родильного дома производят только влажным способом. Независимо от ежедневной уборки, все палаты родильного дома должны подвергаться периодически (не реже одного раза в десятидневку) генеральной уборке; на это время палаты освобождаются от родильниц и больных. При генеральной уборке сметают пыль с потолков, а также чистят осветительные электроприборы (стенные и потолочные), моют полы и панели стен, окрашенные масляной краской. После этого палату проветривают в течение суток.

Побелка всех лечебных помещений родильного дома (за исключением окрашенных масляной краской) должна производиться не реже одного раза в год. Помещения предсмотровой, смотровой, родового и операционного блоков должны быть покрашены масляной краской.

Во избежание занесения инфекции посещение родильниц в родильном доме родственниками категорически воспрещается.

Личная гигиена персонала, строжайшее соблюдение правил асептики и антисептики, правильная организация работы при приеме беременной и роженицы, санитарная подготовка роженицы, правильное распределение поступающих по отделениям, правильный уход за женщинами и детьми, своевременная надлежащая изоляция заболевших, организация бельевого хозяйства, мытье клеенок, чистота помещения, кипячение суден, обязательное систематическое проветривание палат, периодический медицинский осмотр персонала на бациллоносительство — все это входит в понятие акушерской асептики и антисептики. Нигде эти моменты не имеют столь решающего значения, как в акушерском стационаре.

Инфекция может быть занесена в половые пути и самой женщиной — с ее рук, различных предметов, или инфекционное начало может уже находиться в половых органах и до родов.

Колоссальную роль в проявлении инфекции играет состояние здоровья и личная гигиена беременной. Задача консультации для женщин — привить беременной гигиенические навыки, ознакомить ее с правилами антисептики, своевременно лечить заболевшую беременную и путем организации правильного режима в быту и на производстве укреплять ее здоровье, тем самым способствуя повышению сопротивляемости ее организма.

Глава IX

РОДЫ

Роды представляют физиологический акт, закономерно наступающий по истечении (в среднем) 280 дней, или 10 акушерских месяцев беременности, считая от первого дня последней менструации.

Причина наступления родов до сих пор точно не установлена. Некоторые считали, что роды наступают вследствие увеличившегося давления подлежащей части плода на стенки растянутого нижнего сегмента матки, на область внутреннего зева, где заложено наибольшее число нервных узлов. Считали, что причиной наступления родов являются дегенеративные изменения в плаценте и оболочках, появляющиеся к этому сроку беременности и нарушающие обычную связь между плодным яйцом и маткой; имеется и ряд других гипотез. Если взять любую из приведенных «причин», нетрудно заметить, что она сама по себе связана с рядом предшествовавших ей в период беременности изменений. Так, например, увеличение давления подлежащей части на нижний сегмент матки наступает после того, как подлежащая часть опустится, а это последнее бывает после того, как растянется нижний сегмент матки, нижний же сегмент матки растягивается в результате роста плода и накопления околоплодных вод и т. п. Приведенные «причины» представляют лишь отдельные звенья, отдельные качественные проявления сложнейших изменений, про-

исходящих в организме женщины в течение всей беременности. Ни одна из них, взятая отдельно, только сама по себе как единственная, не разрешает вопроса.

Родовой акт, как и беременность, является функцией всего организма беременной женщины в его постоянной взаимосвязи с окружающей внешней средой.

Исследования советских ученых (А. П. Николаев, А. И. Петченко, Н. Л. Гармашева) показали, что совокупность происходящих изменений в течение всей беременности в организме беременной и внутриутробного плода ведет к постепенному накоплению в крови и тканях беременной женщины биологически активных веществ, действие которых повышает возбудимость маточной мускулатуры. Чем больше срок беременности, тем выше нервно-мышечная возбудимость матки. Все изменения в организме женщины происходят при постоянном регулирующем влиянии центральной нервной системы, ее высшего отдела — коры головного мозга.

К концу беременности резко увеличивается образование гормона фолликулина, под влиянием которого прекращается свободное растяжение матки; уменьшается содержание гормона желтого тела (прогестерона), своим действием тормозящего сократительную функцию матки; в большом количестве образуются и выделяются в кровь химические вещества (ацетилхолин, питуитрин и некоторые другие), обуславливающие моторную функцию матки; в тканях матки к началу родов увеличивается содержание гликогена, кальция и ряда других веществ, необходимых для сохранения моторной деятельности матки.

Ко времени наступления родов, как установил П. П. Лазарев, у беременных резко снижается возбудимость коры головного мозга и повышается возбудимость спинного мозга. Это обуславливает повышение возбудимости нервно-мышечного аппарата матки, которая начинает сильно реагировать на всякое раздражение.

На фоне измененной реактивности матки непрерывно наслаивающиеся внешние и внутренние раздражения могут привести к разворачиванию регулярной родовой деятельности.

Н. Л. Гармашева (1951) в своих исследованиях установила связь наступления родовой деятельности с теми постоянными раздражениями, которые поступают от плода к матери через многочисленные и разнообразные рецепторные аппараты матки.

К концу беременности возрастает сила импульсов, исходящих от плода, и в то же время повышается чувствительность матки к любому раздражению.

Исследования Н. Л. Гармашевой научно подтверждают предположения, высказанные еще в прошлом столетии нашими отечественными акушерами Н. В. Ястребовым, И. П. Лазаревичем, Н. Ф. Толочиновым и некоторыми другими.

Гармашева показала, что при повышении кровяного давления у плода, а следовательно, и в сосудах плаценты, сокращения матки усиливаются, а при понижении кровяного давления сокращения матки ослабляются.

Раздражения, поступающие от растущего плодного яйца при посредстве нервных аппаратов в виде многочисленных импульсов, непрерывно поступают в центральную нервную систему и сказываются как на функции матки, так и на организме женщины в целом.

На фоне повысившейся к концу беременности возбудимости нервно-мышечного аппарата матки при указанных выше изменениях в центральной нервной системе активные движения мелких частей плода и давление опустившейся предлежащей части плода в области внутреннего зева, повышение кровяного давления в сосудах плода и плаценты ведут к усиливающемуся раздражению интерорецепторов матки и при определенных условиях к ее сокращениям.

Все перечисленные факторы, подготовляющие организм женщины к родовой деятельности и способствующие наступлению родового акта, являются следствием чрезвычайно многочисленных изменений в организме беременной и в организме плода и находятся в сложнейшей связи и взаимозависимости между собой. На определенной стадии накопления этих сложнейших количественных и качественных изменений в организме беременной и плода начинает ритмически сокращаться мускулатура матки, появляются схватки.

Схватка приводит к новому раздражению нервных узлов и нервных сплетений матки, что, как полагают, в свою очередь обуславливает выделение нервными окончаниями новых порций биологически активных веществ, а это ведет к следующей схватке и так далее, до конца родов.

Таким образом, родовой акт следует рассматривать как сложный рефлекторный акт; при этом решающее значение имеет состояние нервной системы.

ПРЕДВЕСТНИКИ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ

За 2—3 недели до родов у большинства беременных, особенно у первородящих, матка отклоняется кпереди. Дно матки, упиравшееся до этого в мечевидный отросток, оттесняло диафрагму вверх, чем обуславливалось затрудненное дыхание; с этого срока дно матки опускается на 2—3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка и стоит примерно на уровне, соответствующем 8 лунным месяцам беременности.

«Опущение живота» значительно облегчает экскурсию легких; беременные этого не могут не заметить и нередко указывают точный срок, когда они ощутили опущение живота. Этим признаком пользуются при осмотре женщины на последнем месяце беремен-

ности, обычно у женщины спрашивают: «был ли живот выше», «было ли трудно дышать», «когда живот опустился». Все это вместе с другими признаками (стр. 122) позволяет точнее определить срок предстоящих родов.

Одновременно с опущением дна матки опускается предлежащая часть плода. При головных предлежаниях (у первородящих) опускающаяся головка растягивает передний отдел нижнего сегмента (перешейка), что ведет к выбуханию переднего свода; при этом шейка матки несколько отходит кзади.

При тазовых предлежаниях плода это не имеет места, так как предлежащая часть продолжает оставаться над входом.

При влагалищном исследовании в этом периоде беременности прощупывается укороченная шейка, но с еще сохранившимся каналом, выбухающий, как мешок, передний свод; через стенку переднего свода прощупывается предлежащая головка, прижатая ко входу или вставившаяся во вход таза.

Еще задолго до наступления родов отмечается повышенная возбудимость мускулатуры матки. При обычном наружном исследовании беременной матки, особенно в последние недели беременности, часто можно отметить, как матка под руками твердеет. Такие же сокращения матки могут вызываться в этом сроке беременности и движениями плода или другими механическими раздражениями. Эти сокращения, как правило, не болезненны, беременная не всегда даже их ощущает; они не носят периодического характера — от одного сокращения до другого может пройти неопределенно долгий срок. Однако даже эти мало заметные сокращения матки все же ведут к еще большему растяжению стенок нижнего сегмента матки, они способствуют опущению, а в некоторых случаях даже вставлению во вход таза предлежащей головки плода.

Указанные сокращения способствуют формированию нижнего сегмента, что в свою очередь ведет к отслойке нижнего полюса плодного яйца (оболочек) от стенки матки. Иногда при особой чувствительности нервной системы к импульсам, идущим с матки, или при наличии спаек вокруг матки или остатков бывшего воспаления эти сокращения могут быть болезненными; в таких случаях женщины, особенно первородящие, принимают их за начало родов и поступают иногда с такими «ложными схватками» в родильный дом.

В самые последние дни, а иногда часы перед родами отмечается усиленное выделение из влагалища густой тягучей слизи, нередко с примесью крови. Слизь эта представляет собой скопление отделяемого желез шейки матки; заполняя весь шейный канал, эта слизь в течение беременности образует как бы пробку, предохраняя полость матки от внедрения в нее микроорганизмов из влагалища. Выталкивание этой слизистой пробки обычно является признаком начавшихся родов; раньше акушеры и акушерки при этом

употребляли даже специальное выражение — «роды наметились».

С течением времени сокращения мало-помалу становятся более интенсивными, и роженица иногда начинает ощущать боли; точная локализация болей как бы отсутствует: роженица то ощущает их в пояснице, то боль распространяется по низу живота и передним частям бедер, то отмечается боль, разлитая по всему животу (диффузный характер родовых болей). При появлении болей женщина замечает, что матка твердеет. Появившиеся сокращения матки повторяются через определенные, все укорачивающиеся промежутки; такие периодические сокращения матки называются схватками.

Схватки являются основным фактором, приводящим к опорожнению матки; в дальнейшем развитии родового акта к схваткам присоединяются сокращения

мышц брюшного пресса — потуги, усиливающие действие схваток.

Схватка представляет собой непроизвольное сокращение гладкой мускулатуры матки; при этом особенно интенсивно сокращается преимущественно мускулатура дна матки — полая мышца.

Сильно растянутые при беременности мышечные волокна тела матки (по-

лая мышца) при схватке укорачиваются, укорачиваются целиком мышечные пласты, и при этом они взаимно перемещаются, переплетаясь друг с другом (рис. 98 и 99). Такое явление носит название ретракции. Ретракция мышечных элементов матки частично сохраняется и вне схватки; таким образом, с каждой следующей схваткой ретракция становится больше, что ведет к значительному утолщению стенок этого участка матки и к уменьшению объема полости последней.

Схватки, раз начавшись, в дальнейшем следуют одна за другой и не прекращаются до полного опорожнения матки. По мере развертывания родового акта схватки становятся все силь-



Рис. 98. Расположение мышечных пучков в растянутой при беременности стенке матки.
1 — вена; 2 — артерия.



Рис. 99. Положение тех же волокон при ретракции.
1 — вена; 2 — артерия.

нее и продолжительнее, а промежутки, паузы, между схватками укорачиваются. Так, в начале родов продолжительность схватки равна 20 секундам с промежутками между отдельными схватками в 20 минут; к концу родов продолжительность схватки достигает 1 минуты; промежутки между схватками укорачиваются до 15—10—5 минут, а в конце родов промежутки доходят даже до 3 минут.

Наблюдая за женщиной, можно установить начало схватки, ее продолжительность; положив ладонь на область дна матки, с началом схватки ощущают затвердение матки и отклонение ее кпереди (*stadium incrementi*); в таком состоянии матка остается от 30 секунд до 1 минуты, достигает максимума своего затвердения (*stadium aсme*) и затем постепенно расслабляется (*stadium decrementi*).

Если имеются родовые боли, то указанным стадиям соответствует их интенсивность: слабая болезненность в начале схватки достигает своего высшего предела в стадии асme, затем ослабевает и совсем исчезает до следующей схватки.

Акушерка обязана хорошо владеть методом обычной пальпации (ладонью) для определения продолжительности и характера схваток, продолжительности пауз и фиксировать это в истории родов. Такая запись схваток в течение всего родового акта с точным указанием часа и минут, когда производилось наблюдение, является наиболее надежным методом, позволяющим правильно оценить характер родовой деятельности.

ПЕРИОДЫ РОДОВ

В течении родов наблюдают (схематически) три периода: 1) период раскрытия шейки матки, 2) период изгнания плода и 3) последовый период.

Период раскрытия

Период раскрытия шейки матки начинается с первыми родовыми схватками и заканчивается сглаживанием шейки матки и полным раскрытием наружного зева, достаточным для прохождения плода.

Сглаживание шейки представляет собой процесс, в течение которого шеечный канал постепенно укорачивается и в конечном итоге совершенно исчезает — сглаживается, стенки канала и нижнего сегмента матки сливаются с остальной частью тела матки, образуя общую полость. Сглаживание и раскрытие шейки матки совершаются силой схваток; сглаживанию способствует и содержимое матки: пузырь с околоплодными водами и предлежащая часть плода.

Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки схематически сводится к следующему. Сокращение полой

мышцы при схватке обуславливает укорочение продольных мышечных волокон, перемещение мышечных пластов и уменьшение объема полости матки. Подобная ретракция ведет к постепенному смещению матки, в частности, ее поллой мышцы, по плодному яйцу кверху, полый орган стремится как бы сползти с плодного яйца. При этом можно отметить, как дно матки постепенно поднимается к мечевидному отростку. Сползание поллой мышцы по плодному яйцу кверху частично ограничивается тем, что матка фиксирована связочным аппаратом и сводами влагалища.

Круглые связки вместе с широкими связками, подобно вожжам, удерживают матку. Натянутые круглые связки можно про-

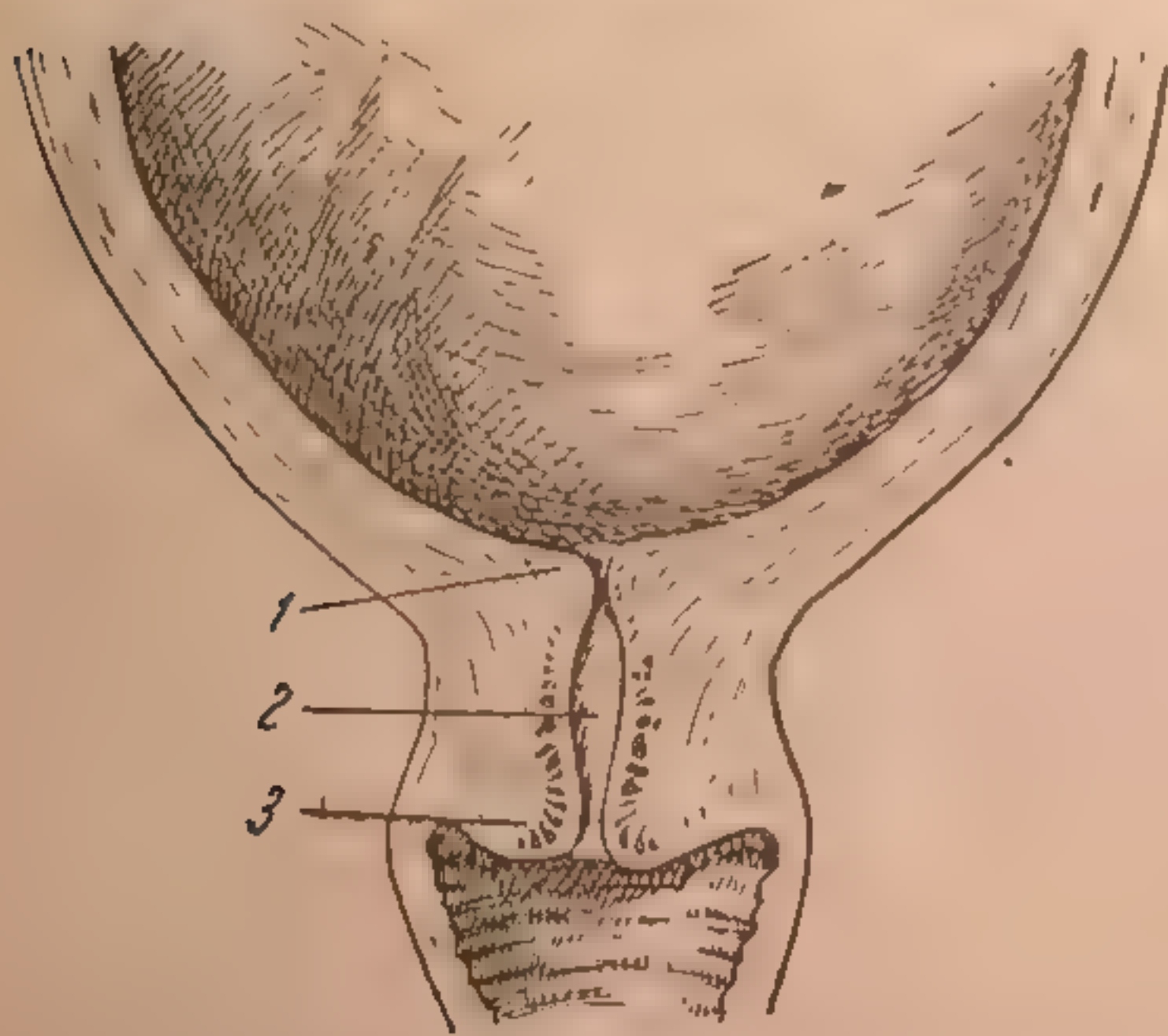


Рис. 100. Шейка матки первородящей до начала родов (схема).

1 — внутренний зев (закрыт); 2 — канал шейки; 3 — наружный зев (закрыт).

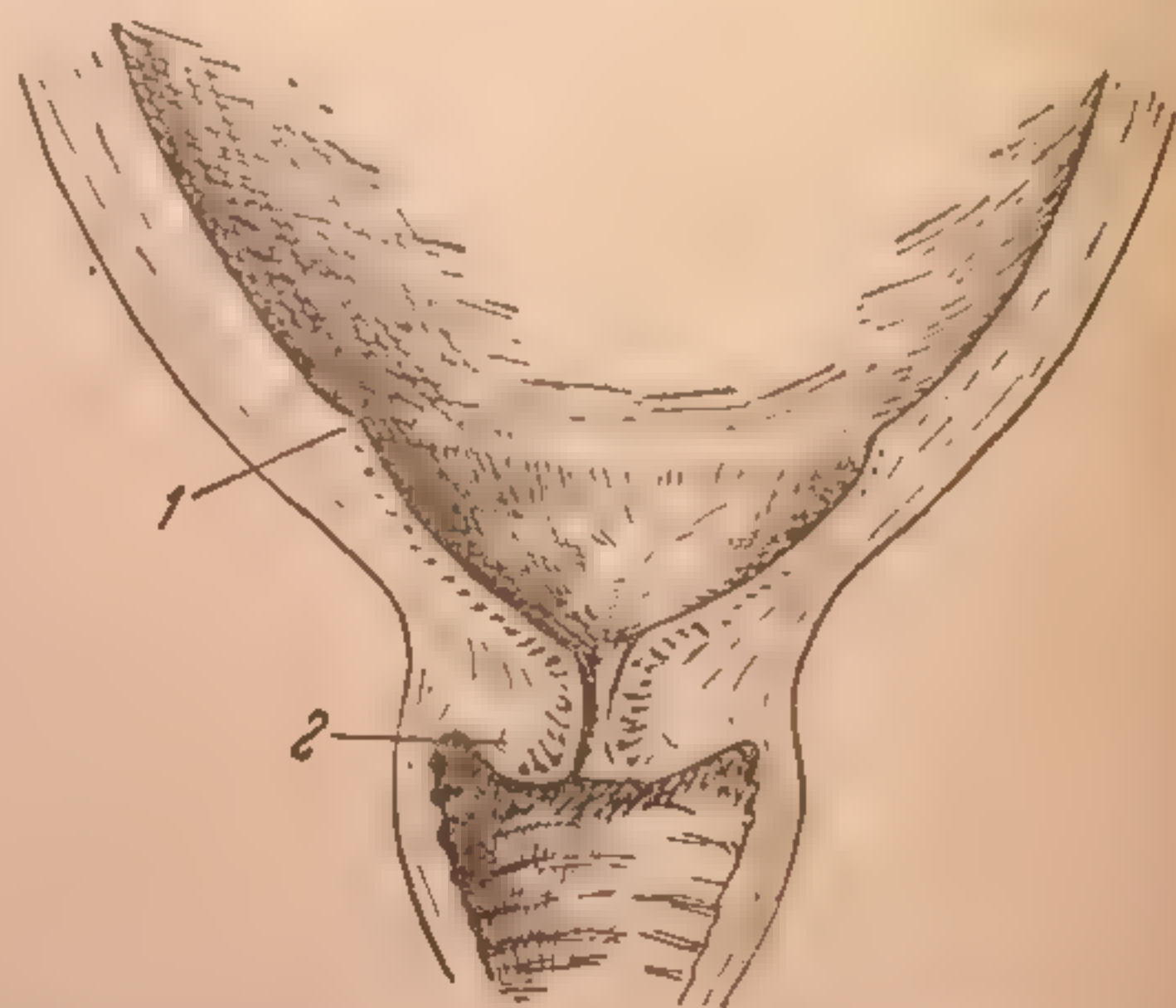


Рис. 101. Шейка матки первородящей в периоде раскрытия. Сглаживание шейки.

1 — место, соответствующее внутреннему зеву; 2 — наружный зев (закрыт).

щупать, а нередко и видеть; особенно заметно выступает левая круглая связка, так как беременная матка обычно слегка повернута левым ребром кпереди.

Фиксирующий аппарат, удерживая таким образом ретрагирующуюся полую мышцу, способствует тому, что сила ретракции используется на продвижение содержимого матки, т. е. на продвижение плодного яйца. Сокращение поллой мышцы матки ведет к растяжению (дистракции) продольных мышц ее нижнего сегмента, что в свою очередь влечет растяжение кольцевых волокон шейки матки; так постепенно внутренний зев раскрывается изнутри кнаружи, шеечный канал укорачивается и, наконец, совсем исчезает, сглаживается.

Процесс сглаживания и раскрытия канала шейки матки протекает у первородящих несколько иначе, чем у повторнородящих. У первородящих (рис. 100 и 101) шеечный канал начинает раскрываться со стороны внутреннего зева, шейка постепенно укорачивается, стенки ее истончаются, канал постепенно укорачи-

вается и исчезает; только после сглаживания всей шейки начинает раскрываться наружный зев (рис. 102 и 103).

У повторнородящих наружный зев еще во время беременности приоткрыт и канал шейки в конце беременности пропускает конец пальца; во время родов раскрытие как наружного, так и

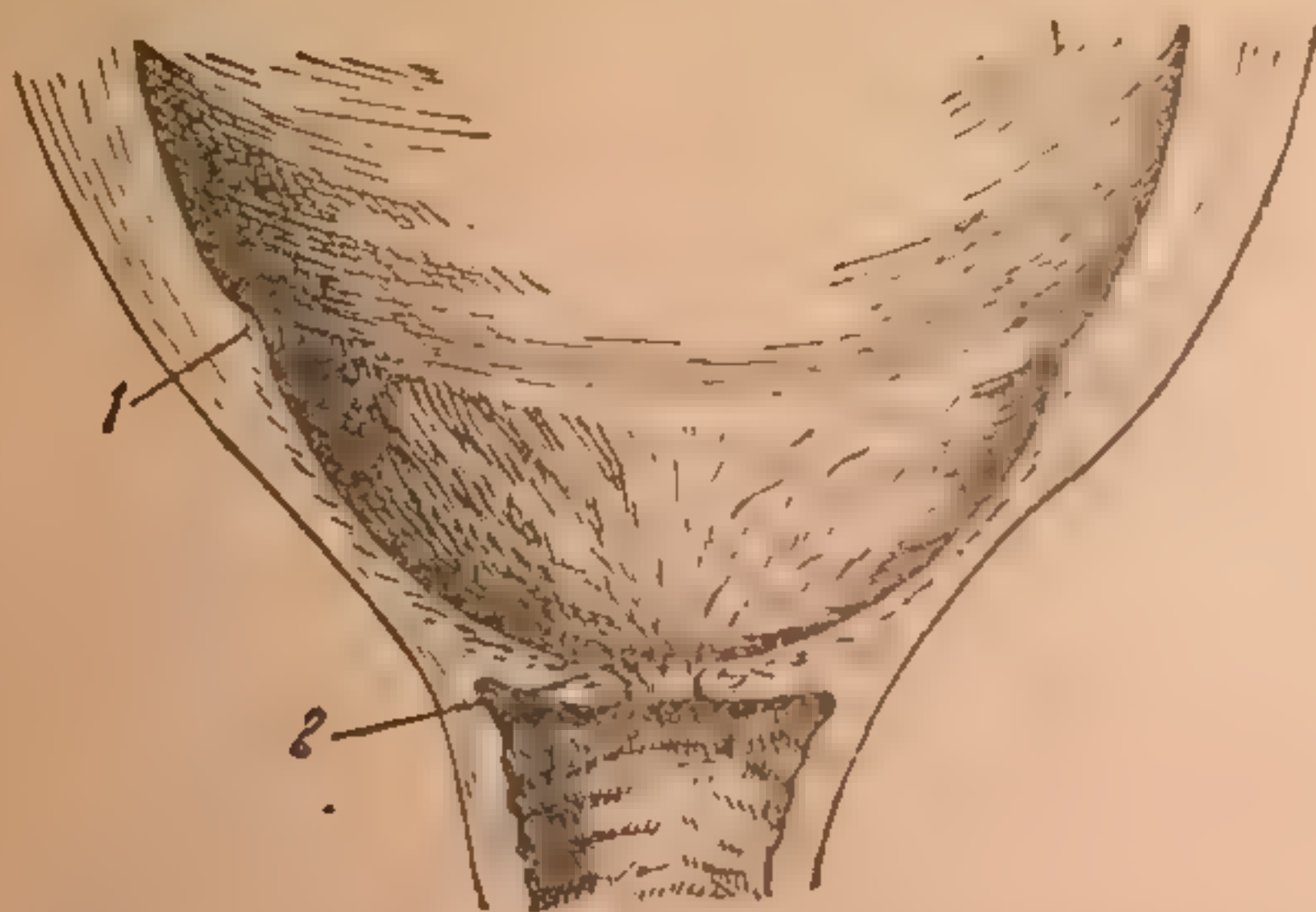


Рис. 102. Шейка матки первородящей в периоде раскрытия. Шеечный канал сглажен.

1 — место, соответствующее внутреннему зеву; 2 — наружный зев открыт на один палец.

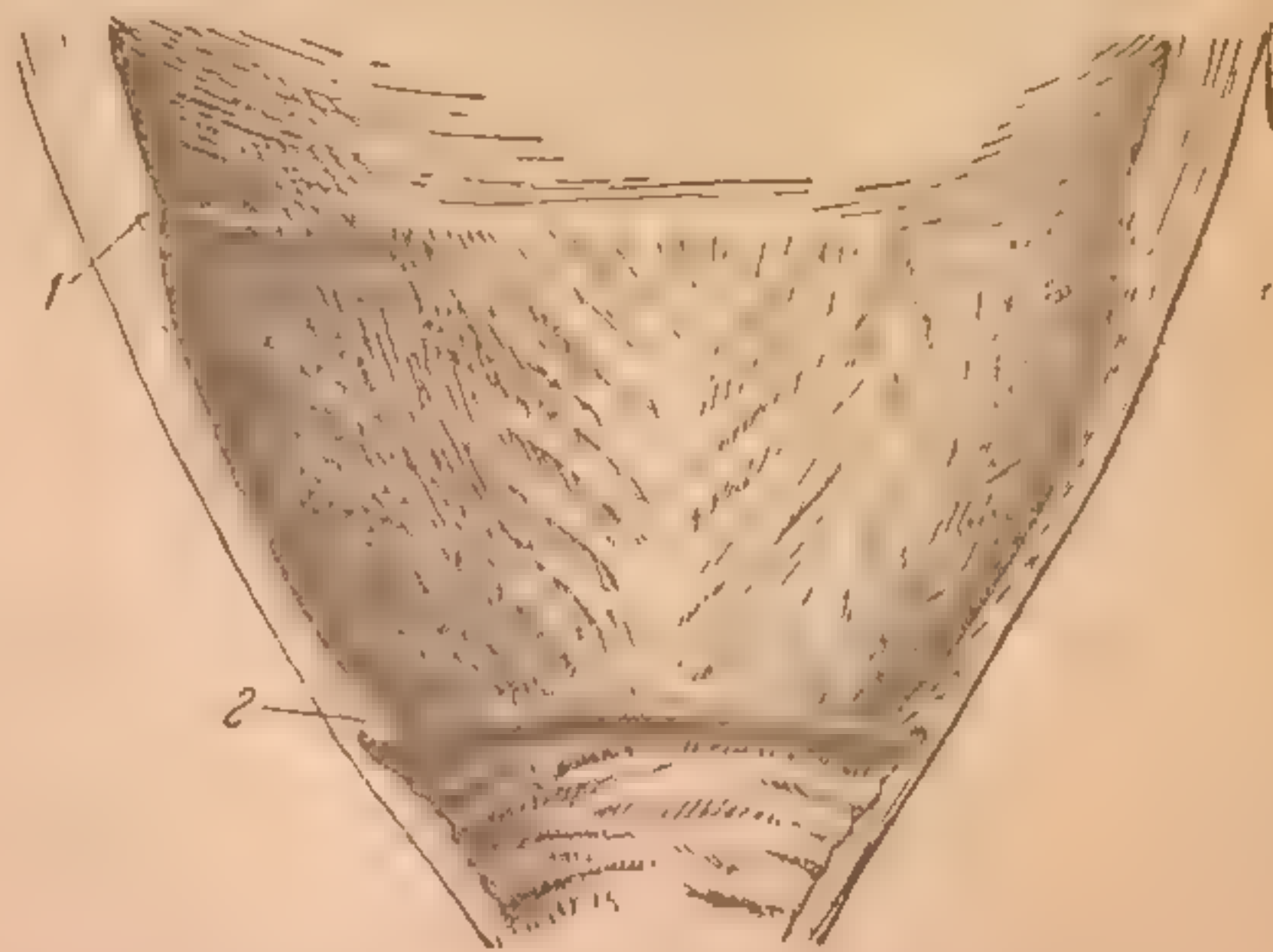


Рис. 103. Шейка матки первородящей сглажена. Открытие наружного зева полное.

1 — место, соответствующее внутреннему зеву; 2 — край наружного зева.

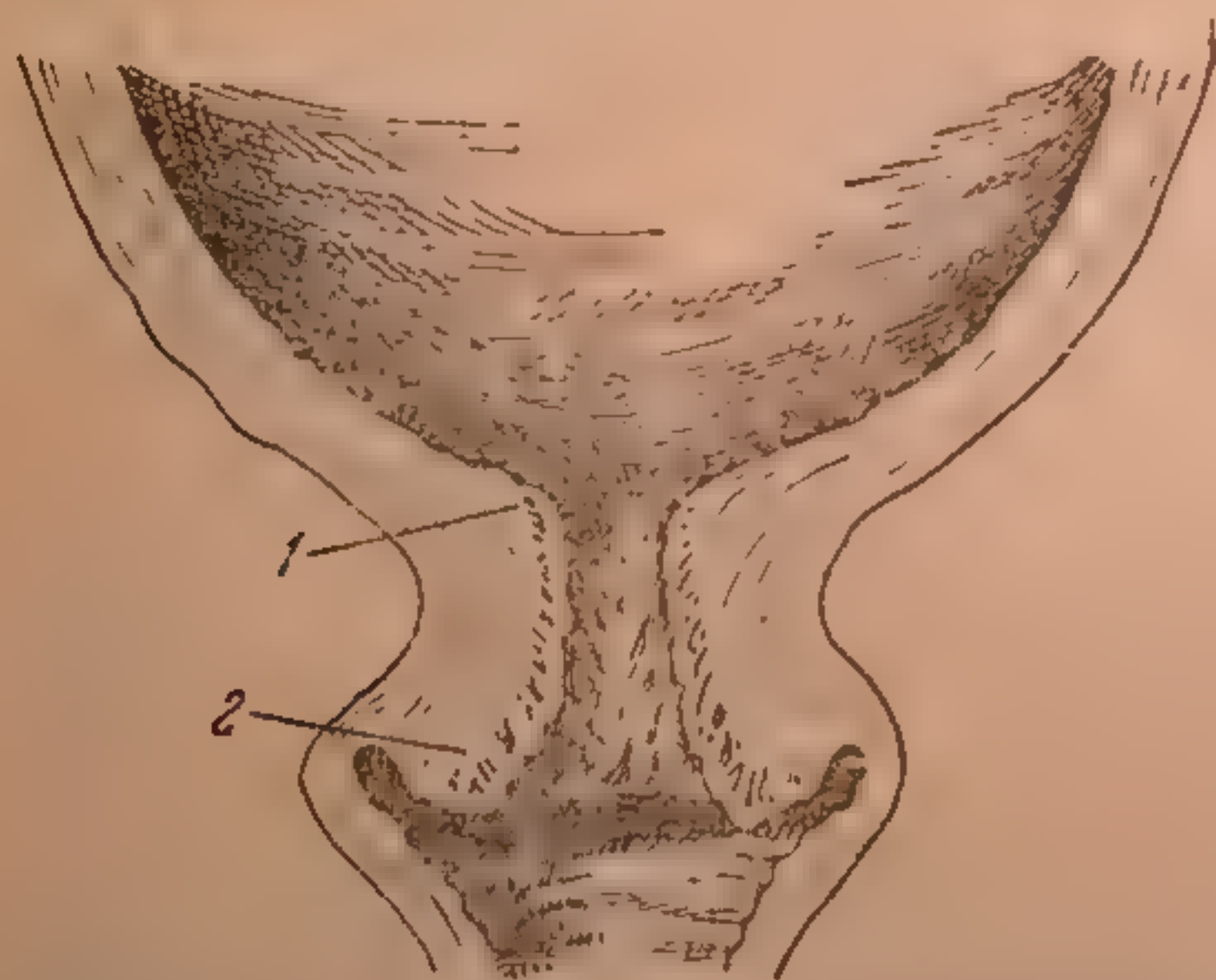


Рис. 104. Шейка матки повторнородящей. Начало периода раскрытия.

1 — внутренний зев; 2 — наружный зев; шеечный канал цел, проходим для одного пальца.

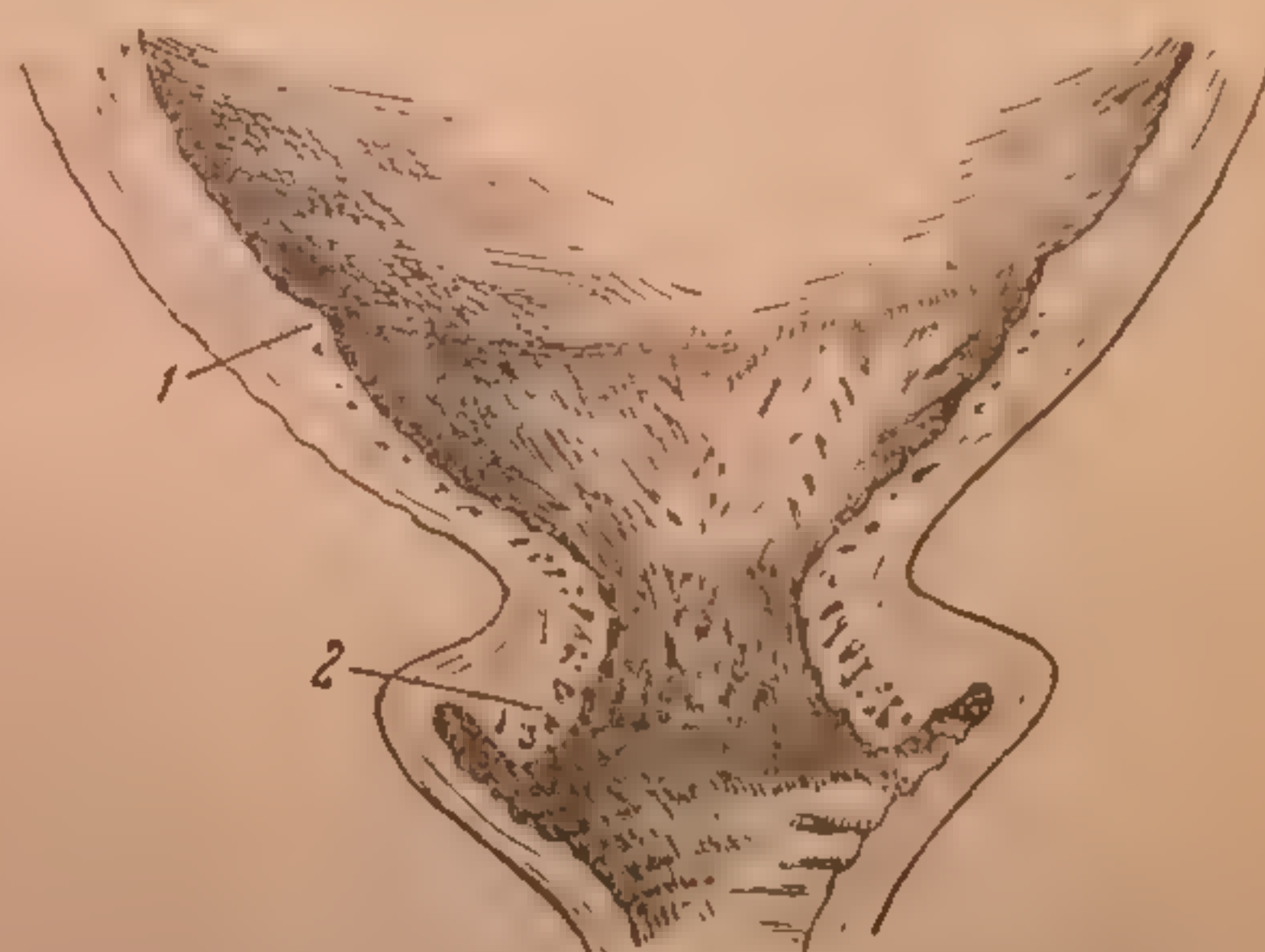


Рис. 105. Шейка матки повторнородящей. Период раскрытия.

1 — место, соответствующее внутреннему зеву, 2 — наружный зев (с началом родов раскрывается одновременно с внутренним зевом).

внутреннего зева происходит у них почти одновременно (рис. 104, 105 и 106) и сравнительно быстро.

Таким образом, по характеру раскрытия шейки матки можно определить, является ли женщина первородящей или повторнородящей. Если при влагалищном исследовании обнаруживается, например, что шейка матки сглажена, наружный зев приоткрыт на один палец, — женщина первородящая.

Степень раскрытия маточного зева определяется влагалищным исследованием и соответствует числу пальцев, которое можно провести через открытый зев. Так, если в открытый зев свободно можно ввести два слегка раздвинутых пальца, говорят, что открытие зева соответствует двум пальцам и т. д.

В переводе с «пальцев» на сантиметры получается примерно следующее: открытие на 1 палец соответствует диаметру в 1,5 см, на 2 пальца — 3—3,5 см, на 3 пальца — 5 см, на 4 пальца — 7,5 см, полное открытие (ширина ладони) соответствует 9,5 см.

На границе ретрагированной, утолщенной мышцы тела матки и растягивающегося и истончающегося нижнего сегмента матки

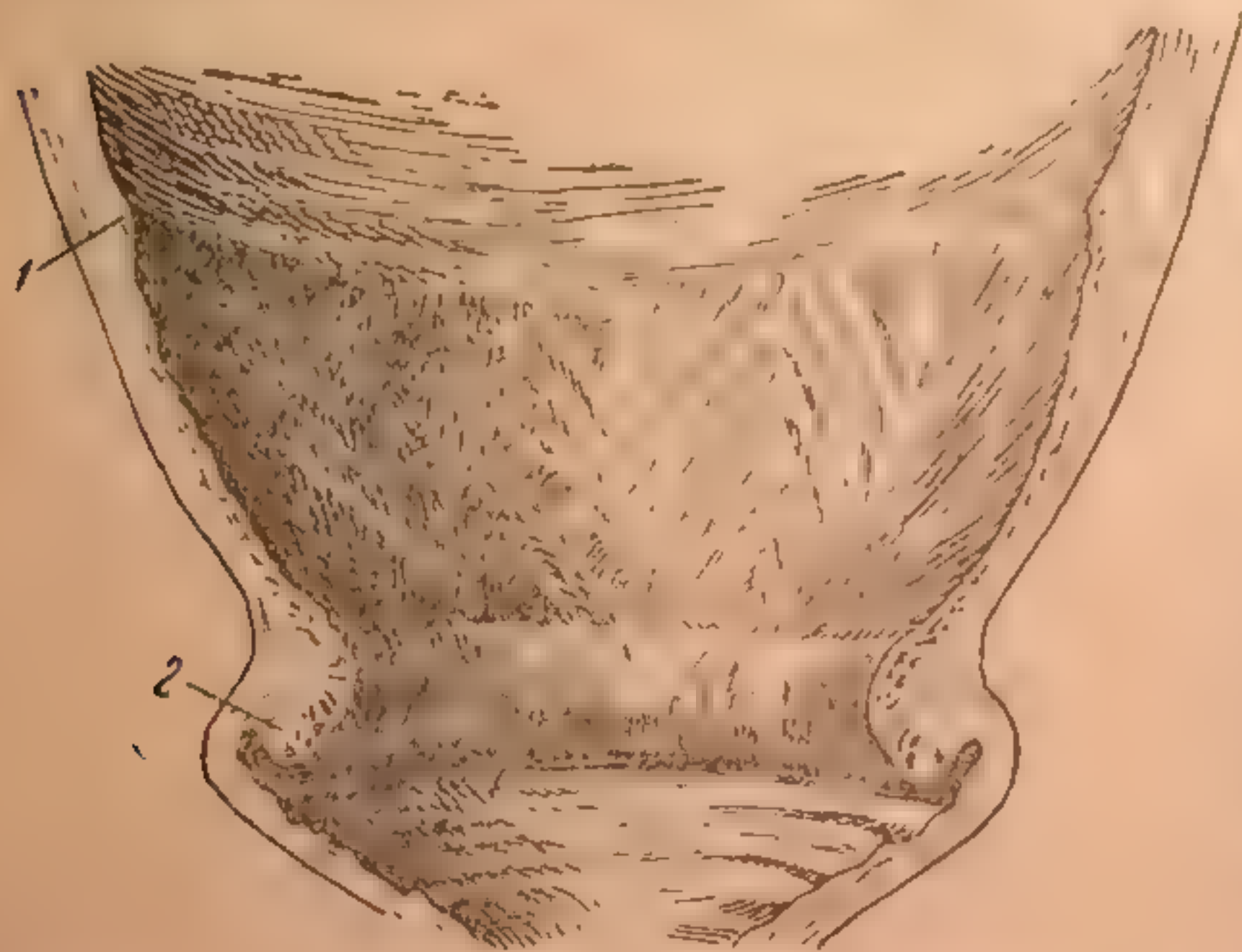


Рис. 106. Повторнородящая. Шеечный канал сглажен; открытие наружного зева полное; края зева представляются в виде валика.

1 — место, соответствующее внутреннему зеву;
2 — наружный зев.

начинает обозначаться мышечный вал, как бы перехват — так называемое контракционное, или пограничное, кольцо, которое соответствует примерно уровню анатомического внутреннего зева (рис. 109). По мере раскрытия наружного зева это пограничное кольцо поднимается выше и к моменту полного открытия наружного зева стоит на ширину ладони выше симфиза.

Уменьшение объема полости матки ведет к значительному повышению внутриматочного да-

вления, передающегося на стенки матки и на плод (рис. 107).

Наполненный плодный пузырь как бы вклинивается в приоткрывающийся внутренний зев и дальше в шеечный канал, что в свою очередь одновременно способствует дальнейшему сглаживанию и раскрытию шеечного канала.

Передние и задние воды. При каждой схватке, как указывалось выше, околоплодные воды устремляются в сторону нижнего полюса плодного яйца и «наливают» нижний отрезок околоплодного пузыря. Пузырь в этом участке напрягается. Как только схватка прекращается, давление внутри матки уменьшается, плодный пузырь расслабляется. Если предлежащая часть плода стоит высоко, имеется свободное сообщение между нижним полюсом плодного пузыря и остальной его полостью, околоплодные воды свободно перемещаются. Если же предлежащая часть плода, преимущественно головка, плотно прижимается к стенкам нижнего сегмента и вступает во вход таза, образуется «пояс соприкосновения» (рис. 108), который препятствует свободному перемещению околоплодных вод из нижнего полюса обратно кверху, — происходит как бы разделение вод на передние и зад-

ние. Часть вод, очень небольшая, обычно 2—3 столовых ложки, находящаяся в плодном пузыре впереди предлежащей части, — это передние воды, а основная масса позади ее — задние воды.

С каждой схваткой при повышающемся внутриматочном давлении околоплодные воды просачиваются между предлежащей частью плода и стенками матки, вследствие чего количество передних вод увеличивается, при этом пузырь, как говорят, «наливается» и все больше вдается во влагалище. При полном или почти полном раскрытии наружного зева плодный пузырь разрывается. Этим заканчивается период раскрытия шейки матки.

Разрыв плодного пузыря часто (в 60—70% случаев) происходит раньше полного открытия наружного зева, примерно при открытии наружного зева на 3—4 пальца. Разрыв пузыря при меньшем открытии зева называют ранним. Если плодный пузырь разрывается еще до появления схваток, до начала родов, говорят о преждевременном отхождении вод.

Плодный пузырь, вклиниваясь в шейный канал, раздражает заложенные вокруг шейки нервные узлы, что рефлекторно усиливает схватки и тем самым до некоторой степени способствует более быстрому раскрытию канала. Помимо этого, плодный пузырь защищает полость плодного яйца и полость матки от проникновения в них микроорганизмов из влагалища.

При преждевременном отхождении вод, когда еще не началась родовая деятельность, шейка цела, наружный зев закрыт, в некоторых случаях трудно точно установить, что плодный пузырь разорван и воды действительно отошли или отходят. Иногда женщина принимает за отходящие воды частые позывы к мочеиспусканию. Между тем для правильного ведения родов очень важно точно знать состояние плодного пузыря. В подобных случаях можно воспользоваться определением реакции влагалищной среды или вытекающей

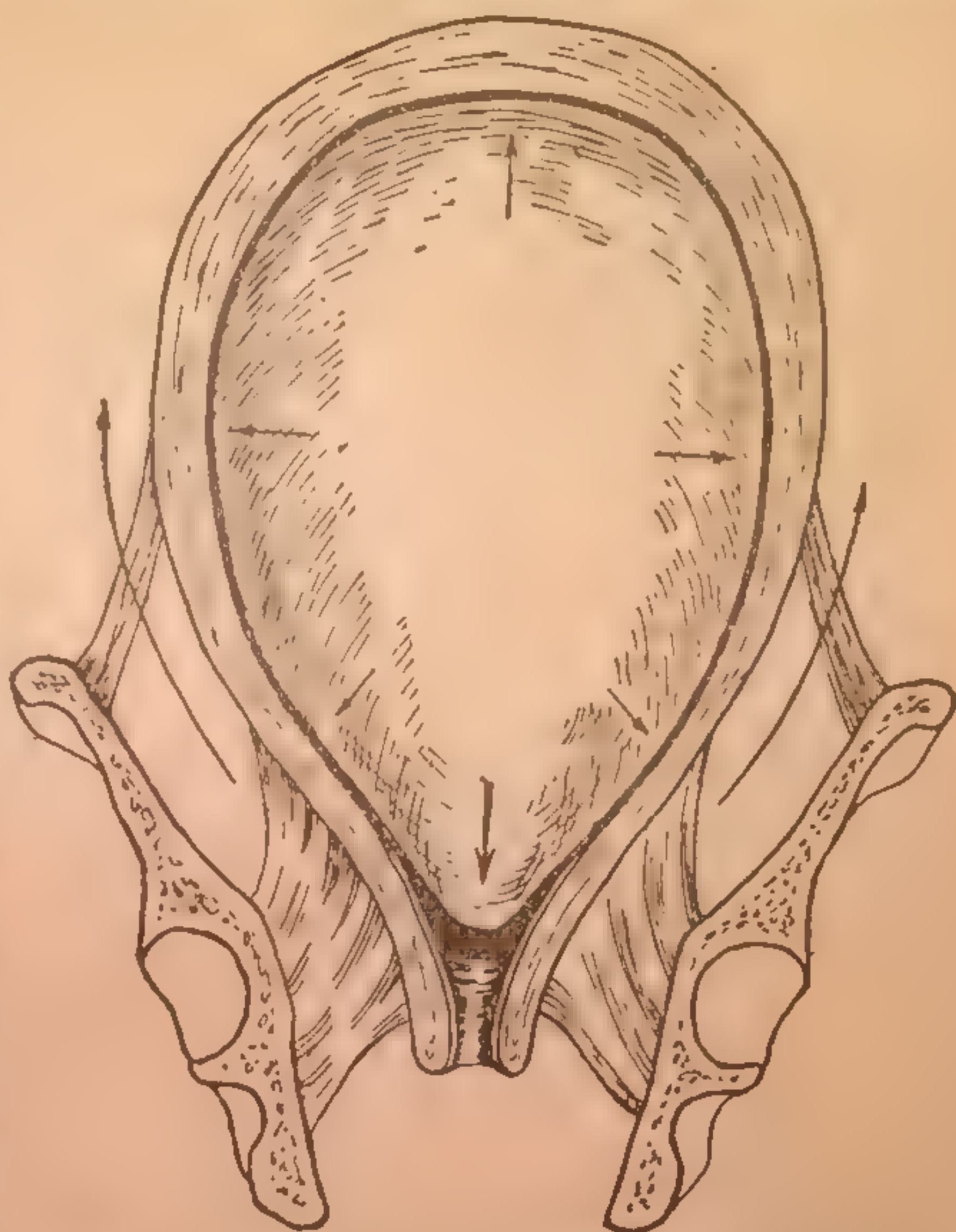


Рис. 107. Внутриматочное давление во время схватки передается на стенки матки (стрелки по бокам матки, снаружи ее указывают направление смещения матки, в связи с чем происходит натяжение связок матки и сводов влагалища; стрелки внутри матки указывают направление силы внутриматочного давления во время схватки).

из влагалища жидкости при помощи лакмусовой бумажки. Если синяя лакмусовая бумажка, приложенная к пятну на подстилке или введенная одним концом во влагалище, краснеет, — значит реакция кислая, следовательно, это не воды. Если же цвет бумажки не изменяется, то это скорее всего воды.

Если красная лакмусовая бумажка синее, значит реакция щелочная, значит выделяются околоплодные воды.

В подобных случаях можно применить и микроскопическое исследование отделяемого влагалища. При этом, если плодный пузырь разорван, в капле жидкости, взятой из влагалища и нанесенной на предметное стекло, под микроскопом обнаруживаются клетки слущивающегося эпидермиса плода, клетки первородной смазки и первородный пушок.

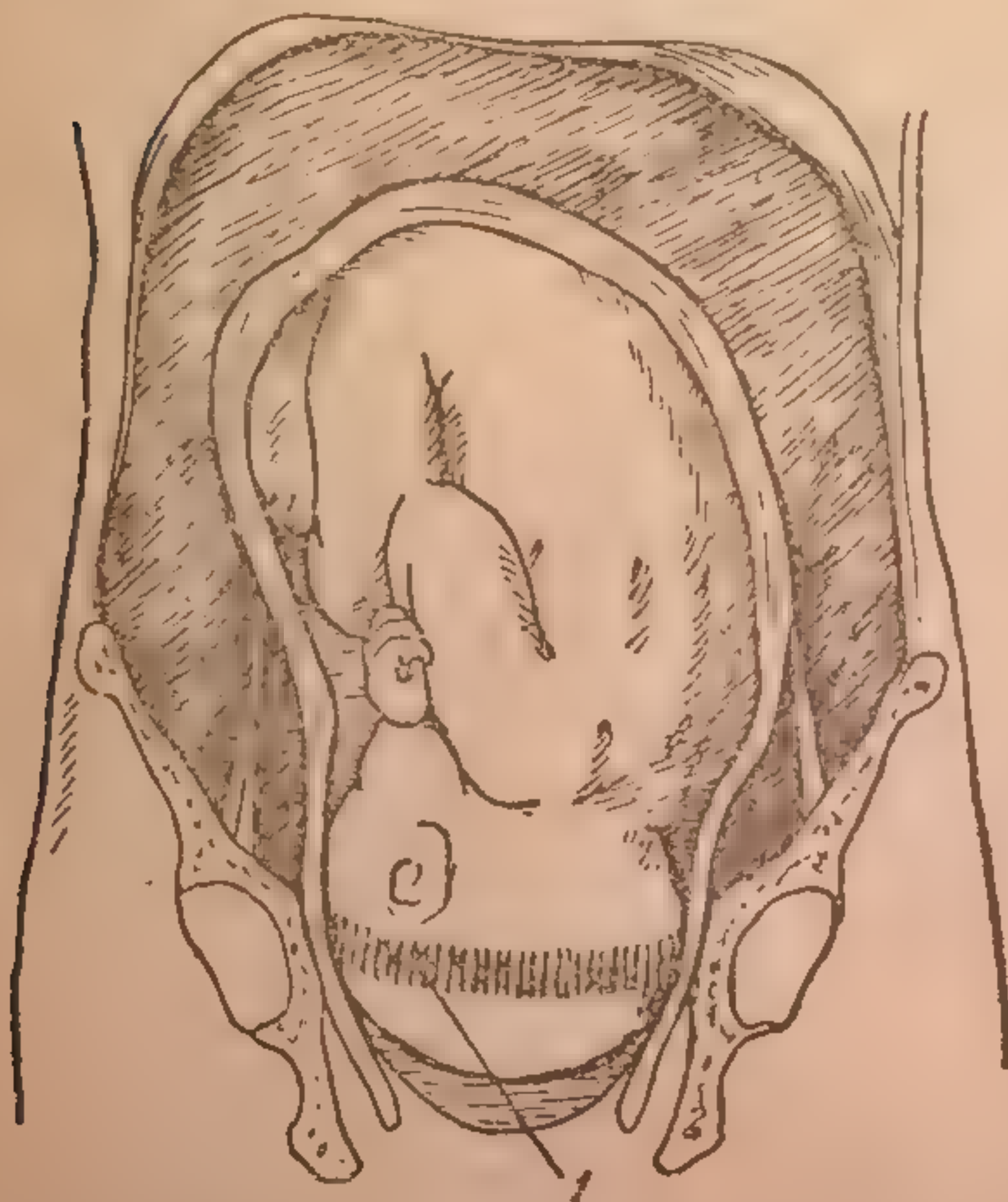


Рис. 108. Полное открытие наружного зева; головка во входе таза.

1 — пояс соприкосновения.

К концу периода раскрытия матка имеет следующий вид: сверху массивная сократившаяся полая мышца матки почти упирается в мечевидный отросток, внизу — тонкостенный растянутый нижний сегмент. Толщина стенки нижнего сегмента равна 2 мм, толщина же полой мышцы — 5—6 мм; открытым наружным зевом шейки матки нижний сегмент переходит во влагалищную трубку; последняя в дальнейшем по мере продвижения предлежащей части плода растягивается в длину и ширину, образуя вместе с маткой общую родовую трубку (рис. 109). Продолжительность

периода раскрытия зависит от интенсивности схваток, от положения и предлежания плода и от момента разрыва плодного пузыря. Обычно период раскрытия продолжается у первородящих в среднем 16—18 часов, а у повторнородящих — 10—12 часов.

Период изгнания

Период изгнания начинается после полного или почти полного открытия наружного зева шейки матки, после отхождения вод. К этому моменту у первородящих предлежащая головка плода находится глубоко во входе или в широкой части полости таза. В периоде изгнания к действию схваток присоединяется действие потуг; плод продвигается через родовой канал и изгоняется наружу.

Тотчас же после разрыва плодного пузыря схватки на короткий срок прекращаются, а спустя 10—15 минут вновь возобновляются. Характер схваток в периоде изгнания несколько иной, чем в периоде раскрытия.

В основном схватки в периоде раскрытия направлены на подготовку нижнего отдела матки к продвижению через него предлежащей части и туловища плода; в этом периоде имеется и продвижение плода, но оно незначительно — обычно оно ограничивается у первородящих глубоким вставлением головки в таз и продвижением ее в широкую часть полости малого таза; у повторнородящих же предлежащая часть до полного открытия и

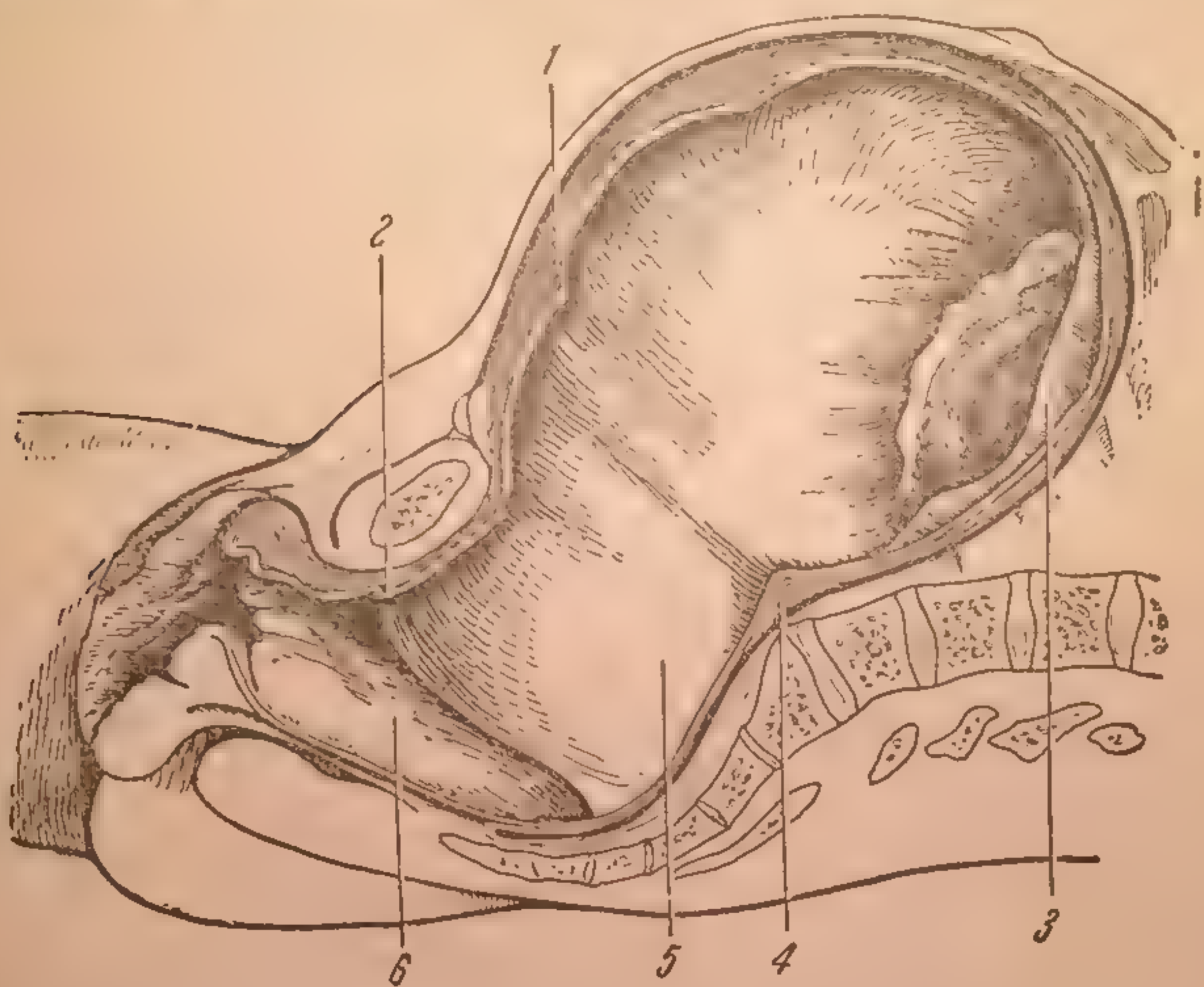


Рис. 109. Общая родовая трубка.

1 и 4 — место, соответствующее внутреннему зеву, — контракционное кольцо; 2 — наружный зев; 3 — плацента; 5 — растянутая стенка шейки; 6 — влагалище.

отхождения вод продолжает оставаться или над входом, или прижатой ко входу.

С излитием околоплодных вод объем полости матки значительно уменьшается, стенки матки плотнее прилегают к плоду и сила схваток оказывает на него большее давление. Сглаженная и раскрытая шейка матки уже не представляет препятствия для продвижения плода, и если нет несоответствия в размерах головки и таза, то при каждой следующей схватке плод продвигается вниз по родовому каналу, растягивая предлежащей частью нижний отрезок родового канала — влагалищную трубку. Опустившаяся в полость малого таза головка плода, надавливая на нервные элементы тазового дна и промежности, рефлекторно, как это бывает при акте дефекации, вызывает у женщины желание тужиться.

Потуга — это одновременное сокращение ряда произвольных мышц туловища и брюшного пресса (мышц брюшной стенки, диафрагмы и тазового дна).

Следует отметить, что и в периоде раскрытия каждой схватке сопутствуют незначительные сокращения мышц брюшного пресса, что ведет к некоторому повышению внутрибрюшного давления, равномерно распространяющегося на стенки матки снаружи. Но эти сокращения не носят еще характер настоящих потуг, как это имеет место в периоде изгнания.

Сокращения мышц брюшного пресса — потуги — способствуют удержанию матки в определенном положении и не дают ей возможности значительно отклоняться кпереди, сохраняя соответствие направлений оси матки и оси таза, что увеличивает эффективность схватки, поскольку силы схватки в таком положении действуют в направлении родовой оси.

Силой схваток и потуг в периоде изгнания продвигается и изгоняется плод. При схватке в этом периоде родов ретрагированная матка дном своим стремится отклониться кпереди, она как бы становится «на дыбы». Потуги, в частности, сокращение мышц передней брюшной стенки, значительно ограничивают это отклонение кпереди, тем самым направление маточной оси продолжает соответствовать оси родового канала. Сила маточных сокращений в таком случае используется в направлении родового канала, по которому идет изгнание плода.

У женщин с дряблой брюшной стенкой последняя плохо сокращается и не фиксирует матку, позволяя ей при схватке значительно отклоняться кпереди. При таком отклонении матки направление изгоняющих сил не соответствует родовой оси, что значительно задерживает и затрудняет изгнание плода. Недостаточность потуг в подобных случаях можно возместить применением специального бинта или широкого полотенца, которым оказывается давление через переднюю брюшную стенку (стр. 205). Сила схваток в периоде изгнания значительно больше, чем в периоде раскрытия; схватки становятся продолжительнее, а промежутки между ними короче (3—4 минуты). Все это развивает большую силу, преодолевающую сопротивление, какое встречает предлежащая часть плода при ее продвижении по родовому каналу.

Период изгнания длится в среднем у первородящих 2—3 часа; у повторнородящих он короче — иногда бывает достаточно нескольких хороших схваток с энергичными потугами, чтобы закончилось изгнание плода.

Вслед за изгнанием плода начинается третий период родов — последовый, в течение которого происходит отслойка детского места и оболочек и изгнание их из матки.

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАТЫЛОЧНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Положение головки по отношению к различным отделам таза определяют на основании данных наружного и влагалищного исследований.



Рис. 110.

2. Г. С.
В этом
да в таз
головка,
исследо
При
бодна, м
ного зе
нички и
3. Г.
(рис. 1
наже п
приемо
входа
При
свобод
ся на

1. Головка над входом таза (рис. 110). При наружном исследовании, пользуясь третьим и четвертым приемом, устанавливают, что головка подвижна, баллотирует между исследующими пальцами; концами пальцев можно проникнуть в глубину между безымянными линиями входа таза и головкой.

Влагалищным исследованием при этом положении обнаруживают, что вся полость таза свободна, можно достигнуть мыса; головка находится высоко, подвижна, она не касается костного кольца входа.

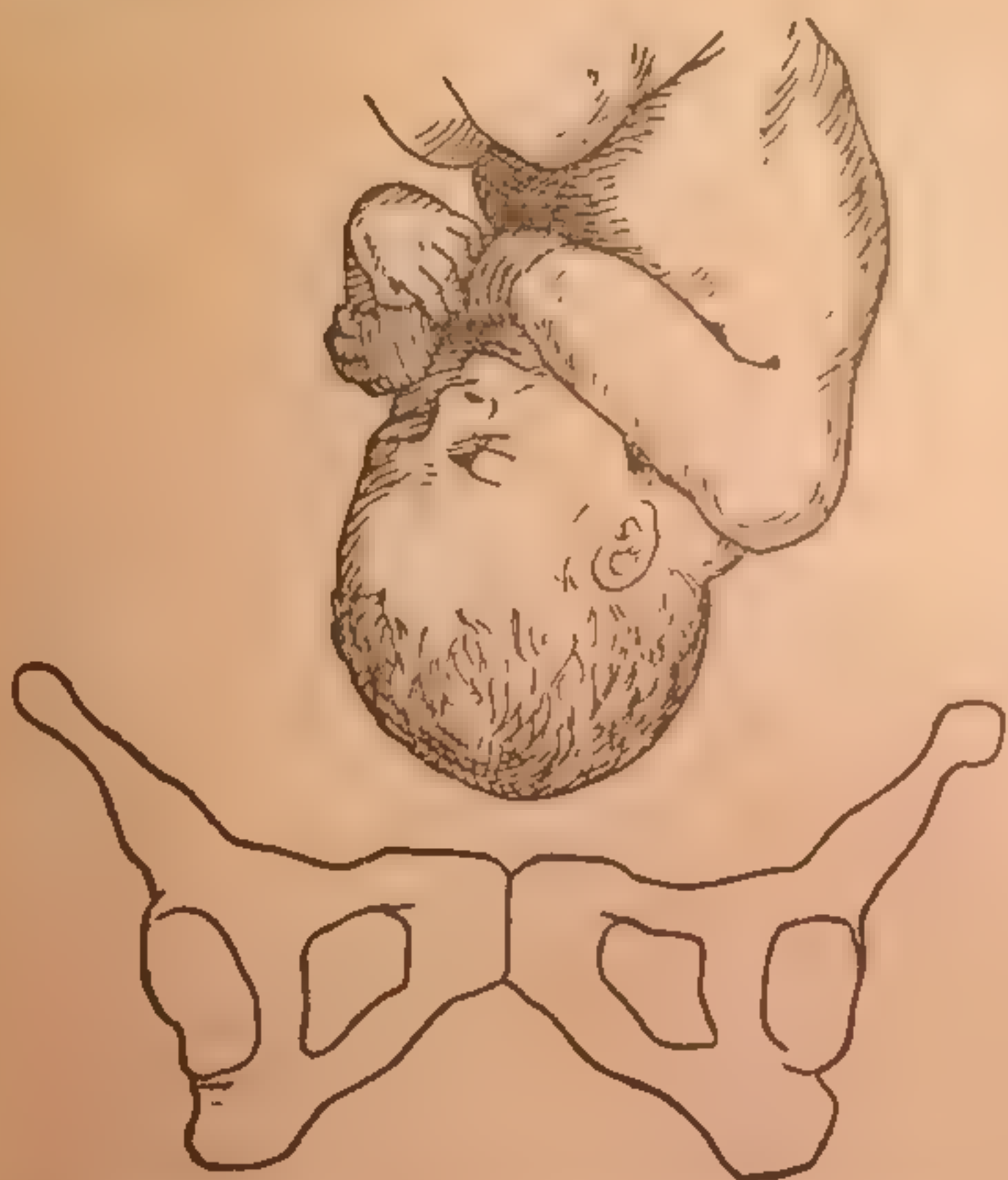


Рис. 110. Головка над входом таза.

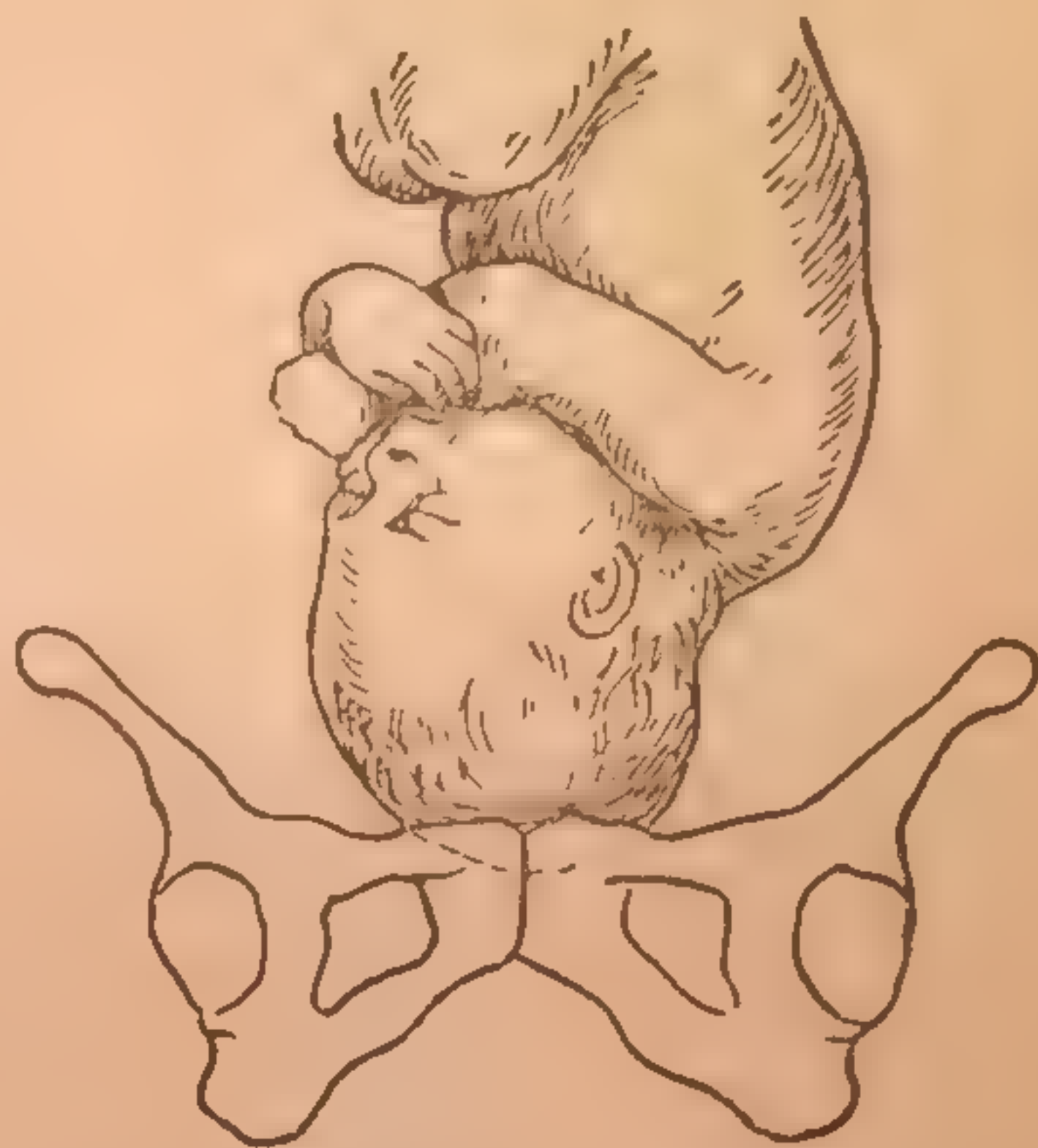


Рис. 111. Головка прижата ко входу таза.

2. Головка прижата ко входу таза (рис. 111). В этом случае головка вплотную касается костного кольца входа в таз. Третьим, а лучше четвертым приемом определяется вся головка; она не баллотирует над плоскостью входа. Однако при исследовании головка может быть легко отодвинута в сторону.

При влагалищном исследовании — крестцовая впадина свободна, можно достигнуть мыса. При достаточном открытии наружного зева шейки матки можно определить черепные швы, роднички и характер предлежания (вставления) головки.

3. Головка малым сегментом во входе таза (рис. 112). Головка неподвижна; меньший ее сегмент находится ниже плоскости входа. При исследовании третьим и четвертым приемом прощупывается большая часть головки над плоскостью входа таза.

При влагалищном исследовании — крестцовая впадина еще свободна, можно согнутым пальцем достигнуть мыса; определяется небольшая часть головки; при достаточном открытии зева

можно определить черепные швы, родинки, характер предлежа-
ния и иногда намечающуюся родовую опухоль.

4. Головка большим сегментом во входе таза (рис. 113). Головка неподвижна. Третьим и четвертым приемом удается прощупать через переднюю брюшную стенку небольшую часть головки. При этом положении окружность вставления головки (например, при затылочном предлежании — соответствующая ее малому косому размеру) совпадает с плоскостью входа.



Рис. 112. Головка малым сегментом во входе таза.



Рис. 113. Головка большим сегментом во входе таза (стреловидный шов в поперечном раз-
мере входа таза).

Если же окружность вставления головки оказывается несколько ниже плоскости входа, мы имеем:

5. Головка в широкой части полости малого таза.

При влагалищном исследовании определяется, что широкая часть полости малого таза выполнена головкой; хорошо выражена конфигурация головки, выражена родовая опухоль; верхняя половина крестцовой впадины выполнена предлежащей головкой; свободна только нижняя часть крестцовой впадины; мыса достигнуть невозможно; определяются седалищные ости, нижняя треть задней поверхности симфиза.

6. Головка в узкой части полости малого таза (рис. 114). Снаружи над входом таза головка не прощупывается.

При влагалищном исследовании вся полость малого таза занята головкой; нижний полюс головки находится на уровне линии, соединяющей седалищные ости, — на уровне так называемой интерспинальной линии; крестцовая впадина вся выполнена головкой плода.

7. Головка в выходе таза (рис. 115). Головка опустилась ниже интерспинальной линии, она на тазовом дне.

При влагалищном исследовании головка определяется сейчас же при введении пальцев во влагалище.

Плод, в первую очередь предлежащая головка, продвигаясь под действием схваток и потуг по родовому каналу, встречает на пути препятствия, которые в известной степени и обуславливают ряд движений предлежащей части и плода в целом. Совокупность этих движений составляет то, что условно понимают под названием «механизм родов».

Изучением «механизма родов» особенно много занимался проф. С. Д. Михнов.

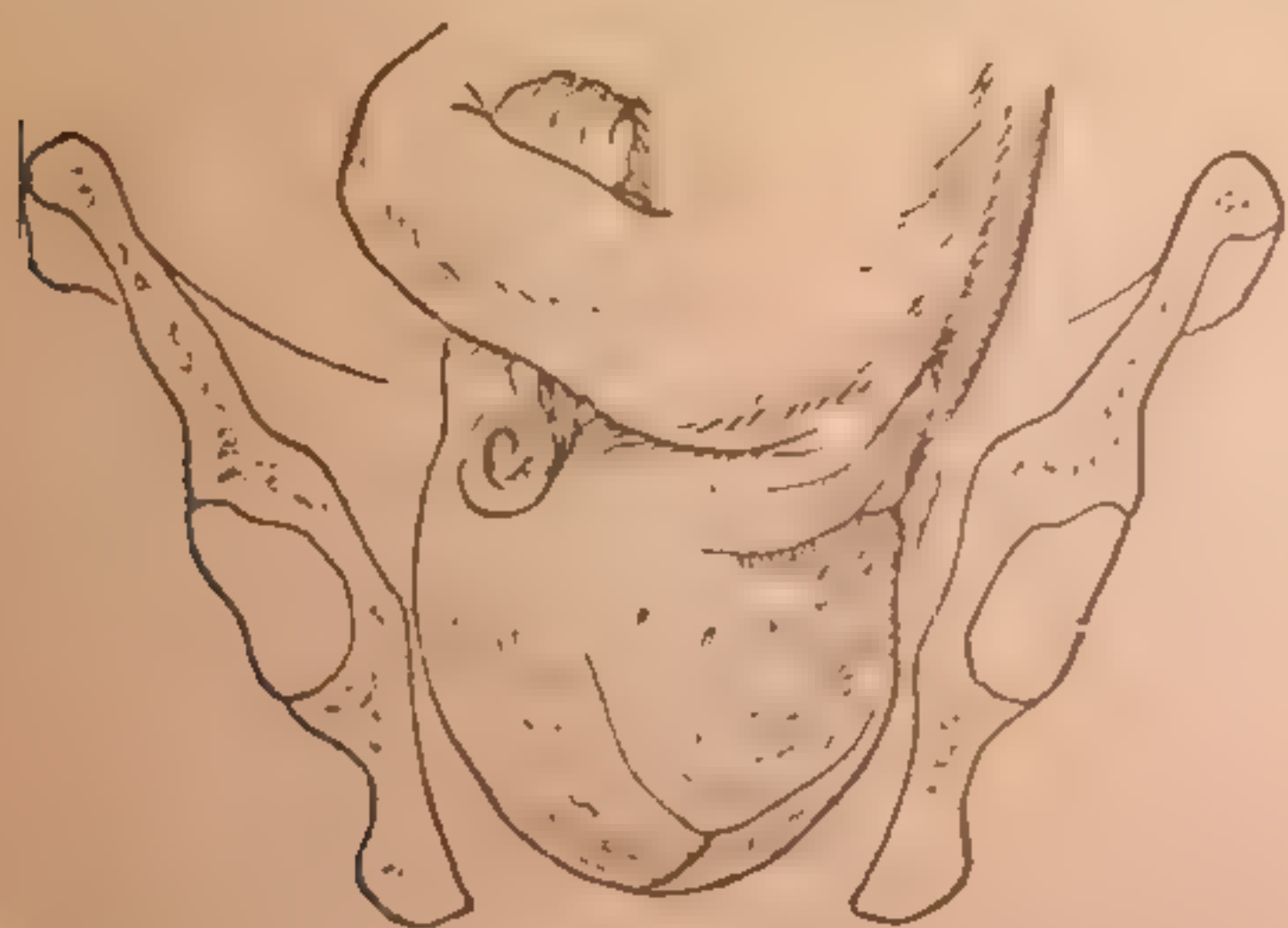


Рис. 114. Головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере.



Рис. 115. Головка в выходе таза. Стреловидный шов в прямом размере.

Сергей Дмитриевич Михнов (1860—1924) — профессор акушерства и гинекологии вначале в Юрьеве, а впоследствии в Воронежском медицинском институте.

Талантливый клиницист, педагог, научный и общественный деятель.

Среди его многочисленных научных трудов особое значение имеет работа о механизме родов. Он выдвинул оригинальную теорию механизма родов: учение о «проводной оси родового канала», о значении «формы головки» (почкообразная форма) в механизме ее вращений в тазу.

С. Д. Михнов впервые составил «Систематический указатель русской акушерско-гинекологической литературы» с момента ее возникновения до 1901 г.

Приводимая ниже схема «механизм родов» исходит из следующих предпосылок. Сила маточных сокращений, движущая сила при продольном положении, в головном предлежании передается на плод и его предлежащую часть по позвоночнику плода. Позвоночник соединен с черепом в области большого затылочного отверстия, расположенного значительно ближе к затылочному бугру, нежели к лобно-лицевой части. Таким образом, создается неравноплечий рычаг, у которого затылочное плечо короче. При схватках движущая сила по позвоночнику передается с него на предлежащую головку и по закону неравноплечего рычага больше на ее затылочную часть.

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания

В механизме родов различают четыре основных момента.

Первый момент. У первородящих еще в периоде раскрытия головка плода опускается ко входу в таз и устанавливается стреловидным швом соответственно поперечному (или слегка косому) размеру входа в таз. С каждой схваткой давление, передающееся по позвоночнику на головку, распределяется неравномерно на лобную и затылочную части: затылочная часть, соответствующая более короткому плечу рычага, оказывается под большим давлением, что до некоторой степени объясняет, почему при вступлении в таз головка поворачивается вокруг поперечной

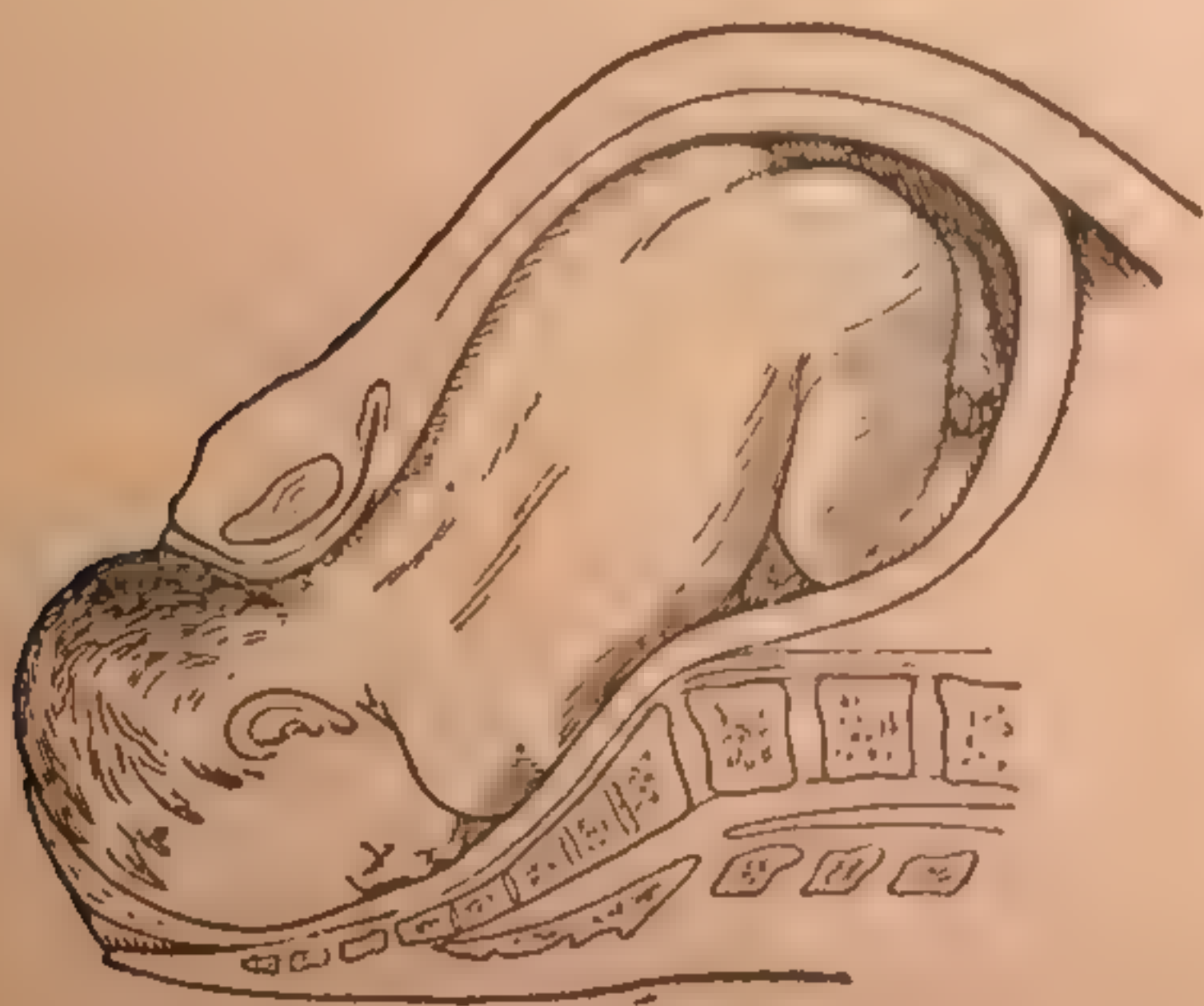


Рис. 116. Врезывание головки.
Начало разгибания.



Рис. 117. Прорезывание головки.
Конец разгибания.

оси, — затылок опускается глубже, подбородок приближается к грудке, малый родничок оказывается самым низким пунктом головки. Это первый момент механизма родов — сгибание (flexio) головки (рис. 113).

Второй момент — внутренний поворот головки. В указанном выше положении головка продвигается через костное кольцо входа, происходит еще большее сгибание ее, и она опускается в полость таза. Под давлением силы продолжающихся схваток и переместившегося туловища плода головка поворачивается вокруг своей продольной оси и устанавливается стреловидным швом в направлении наибольшего размера полости, т. е. в косом размере (рис. 114) (правом или левом, смотря по позиции). Дальнейшее внутреннее вращение головки обусловливается сопротивлением мышц тазового дна; головка из косого размера полости таза переходит в прямой размер выхода таза. Таким образом, при внутреннем вращении малый родничок (на согнутой головке) из бокового расположения постепенно перемещается кпереди, проделывая путь по дуге около 90° .

Если с самого начала затылок был обращен слегка кзади (рис. 56 и 58), то в большинстве случаев все же в дальнейшем образуется передний вид, но при этом стреловидный шов из одного косого размера полости переходит сначала в поперечный, затем в другой косой размер и, наконец, в прямой; следовательно, затылок в этом случае проделывает путь по дуге, соответствующей около 135° .

Если, как это иногда бывает, головка с самого начала располагается стреловидным швом не в поперечном, а в косом размере входа таза с обращенным слегка кпереди затылком, то путь последнего при переходе в прямой размер выхода значительно укорачивается — он соответствует дуге в 45° .

Существуют различные теории, пытающиеся объяснить причины внутреннего вращения головки, но все они носят скорее характер предположений. Надо думать, что внутренний поворот головки обусловлен взаимодействием головки, поступающей под давлением схваток и потуг, и сопротивлением стенок родового канала и тазового дна. Вращение затылка преимущественно кпереди при согнутой головке можно до некоторой степени объяснить тем, что лобная часть как наиболее выступающая встречает в передней стенке таза большое сопротивление; затылочная же часть при согнутой головке не только не выступает, а скорее даже сглажена и, не встречая значительного сопротивления, вращается кпереди; при этом лобная выступающая часть головки, вращаясь кзади, располагается в свободной крестцовой впадине.

Третий момент — **разгибание** (*deflexio*) головки (рис. 116 и 117). Дальнейшее вращение головки обусловлено преимущественно сопротивлением мышц тазового дна. Сила маточных сокращений, направленная по прямой, соответствующей оси матки, продвигает предлежащую часть плода в направлении нижнего отрезка крестца, копчика и тазового дна (рис. 96). Сопротивление копчика и тазового дна ведет к разложению силы, передающейся схватками, в двух направлениях: одна соответствует первоначальному направлению, т. е. давлению на копчик и на тазовое дно, другая отклоняется по касательной в сторону наименьшего сопротивления, т. е. в сторону половой щели. Предлежащая головка, таким образом, упираясь в указанные выше отделы родового канала, одновременно как бы скользит по задней стенке влагалища, отклоняя при этом кзади копчик, чем достигается и некоторое увеличение прямого размера выхода.

Раньше чем в половой щели покажется головка, последняя своим давлением сильно растягивает в поперечном направлении тазовое дно и промежность; при этом значительно приоткрывается задний проход. По мере скольжения головка поднимается выше¹, достигает лонной дуги. Теперь головка встречает сопро-

¹ При лежащем положении роженицы на спине

тивление в основном: вверху — со стороны лонной дуги, внизу — со стороны промежности (рис. 116). К этому моменту изменились и соотношения длины «плеч рычагов». Сопротивление неподатливой лонной дуги больше, чем таковое со стороны промежности, почему под действием силы схваток и потуг головка упирается затылочной частью в лонную дугу, а лобно-лицевая часть головки, преодолевая сравнительно меньшее сопротивление со стороны промежности, проходит по влагалищной трубке и прорезывается в половой щели, разгибаясь при этом (рис. 117); сначала над промежностью показывается лоб, затем лицо (нос, рот) и подбородок.

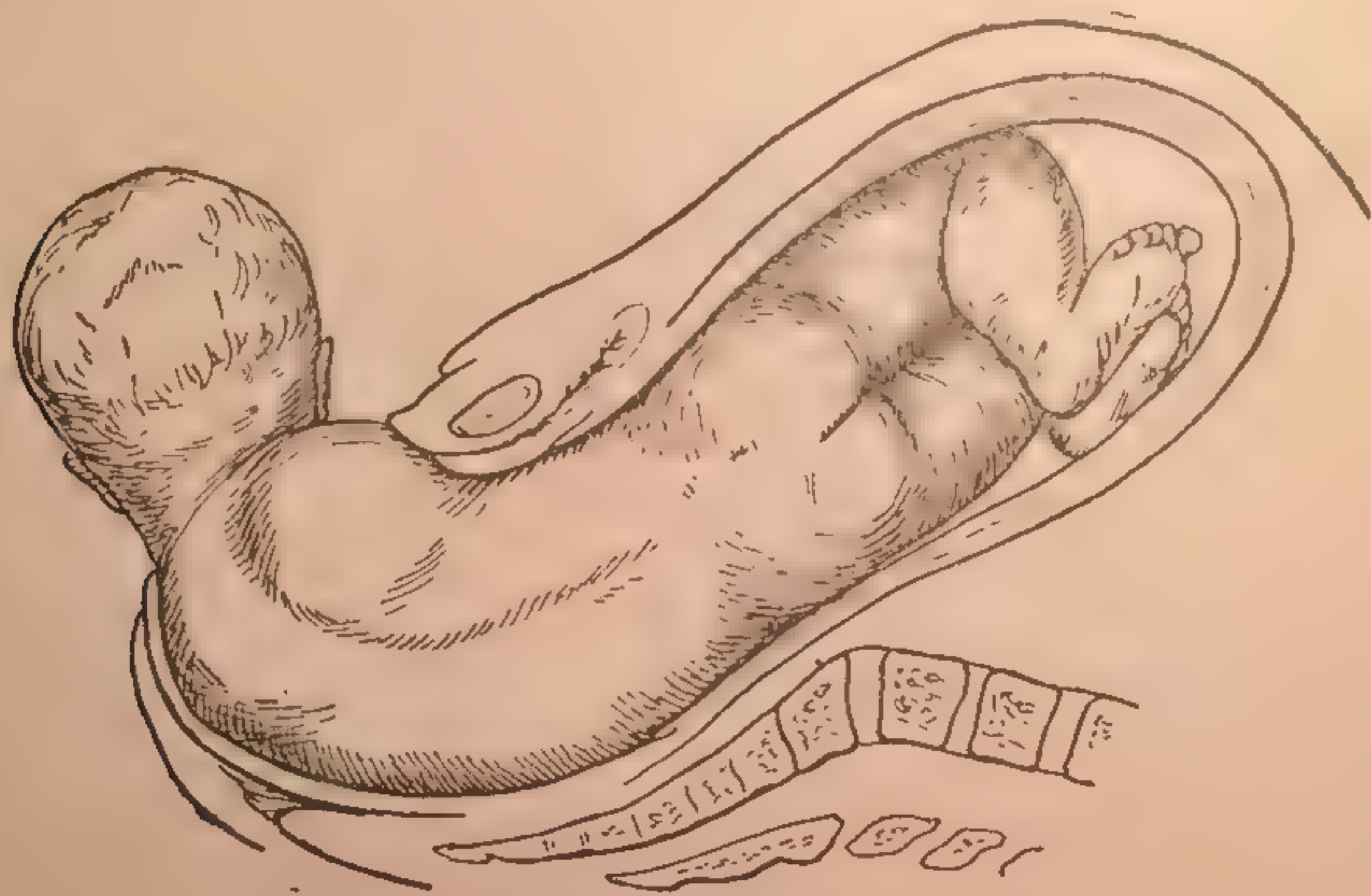


Рис. 118. Прорезывание плечиков.

Если проследить за изменениями направления стреловидного шва при продвижении головки по родовому каналу, то обнаружится, что во входе таза стреловидный шов проходит соответственно поперечному размеру входа, в полости таза — соответственно одному из косых размеров полости, и, наконец, в выходе таза — соответственно прямому размеру.

Четвертый момент (рис. 118) — наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Плечики плода к моменту прорезывания головки вступают во вход таза в поперечном его размере. При прохождении через родовой канал плечики проделывают вращения, примерно аналогичные вращениям головки. Когда рождается головка, плечики устанавливаются в косом размере полости таза, а затем в прямом размере выхода, что в свою очередь обуславливает «наружное» вращение родившейся головки.

Наружный поворот головки совершается затылком в сторону бедра матери в зависимости от позиции: при первой позиции головка вращается затылком к левому, при второй — к правому бедру матери.

Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания

Иногда роды в затылочном предлежании протекают до конца в заднем виде.

Первый момент. Головка вставляется стреловидным швом в поперечном или, что чаще, слегка в косом, размере входа, в последнем случае малый родничок обращен несколько кзади (вправо или влево, в зависимости от позиции). Головка сгибается, — самым низким пунктом оказывается область малого родничка.

Второй момент. Головка в еще более согнутом положении опускается в полость таза, где (если она до этого стояла стреловидным швом в поперечном размере таза) вращается вокруг своей продольной оси и устанавливается стреловидным швом в косом размере (правом или левом, в зависимости от позиции), с малым родничком кзади (вправо или влево).

Дальнейшее внутреннее вращение совершается таким образом, что стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода и малый родничок из бокового положения переходит в положение кзади.

Третий момент. Прорезывается головка в состоянии сгибания; первым показывается область малого родничка и затылочная кость; область большого родничка располагается под лонным сочленением и головка упирается в последнее своей лобно-теменной частью (граница волосистой части лба). Как только лобные бугры минуют края лонной дуги, происходит разгибание головки; почти одновременно скользит затылок над промежностью, а лицо — под лонной дугой. Головка прорезывается, таким образом, своим средним косым размером (равным 10 см).

Четвертый момент. Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков совершаются так же, как и при переднем виде (стр. 190).

Описанные моменты механизма продвижения головки по родовому каналу надо считать схемой, «конечными» этапами вращений в различных отделах таза. На пути продвижения головки и ее перехода из одного размера таза в другой отмечаются движения не только в одном направлении. Если путем влагалищного исследования проследить за движениями головки в тазу, можно отметить колебательный характер ее движений. В конечном счете эти колебательные движения приводят к изложенным выше основным моментам механизма родов.

Наряду с этим, было бы ошибкой считать, что описанные в схеме вращения головки и туловища живой плод продвигается пассивно, только подчиняясь маточно-родовым движущим силам. Надо полагать, что в механизме продвижения по родовому каналу, как и в возникновении и течении родового акта, принимает активное участие и плод, у которого родовой акт вызывает рефлекторно те или иные движения.

Выдающийся русский ученый нейрохирург Николай Нилович Бурденко рассматривает движения внутриутробного плода во время родового акта как рефлекторные, связанные с раздражением центра, расположенного в шейном отрезке спинного мозга плода. Раздражение этого центра влечет за собой поворот головки набок или по вертикальной оси и одновременное перемещение плечиков и ручек. Раздражение указанного центра и связанные с этим движения плода зависят, по мнению Бурденко, от временного нарушения кровоснабжения отдельных органов плода и, в частности, его центральной нервной системы, что имеет место во время родовых схваток. При схватке, наряду с давлением на туловище и позвоночник, создается временная аноксемия в центральной нервной системе, возбуждается шейный рефлексогенный центр, что вызывает связанные с этим движения плода (сгибание и поворот туловища).

ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД

Последовый период начинается тотчас же после рождения плода и продолжается в среднем около часа. В течение этого периода происходит отслойка детского места и оболочек от стенок матки и выход послорода наружу.

В последовом периоде можно различать три фазы.

Первая — фаза так называемого относительного физиологического покоя. Освободившаяся от плода матка значительно уменьшается вследствие ретракции ее мускулатуры и принимает почти округлую форму; дно матки стоит на уровне пупка. Ретрагируется и плацентарная площадка, вследствие чего плацента, оставаясь еще соединенной со стенкой матки, ложится в складки и всей своей массой как бы свисает в полость матки. Консистенция матки дрябловатая, так как мышечные волокна ее в этой фазе последового периода еще не сокращаются. Никаких болевых ощущений женщина не отмечает; кровотечение отсутствует; пульс ритмичный, медленный.

Если в этой фазе последового периода посмотреть сбоку на живот женщины, то заметим на нем глубокую впадину между мечевидным отростком и дном матки, а в нижней половине живота — возвышающуюся над лоном широкую, почти шаровидную матку. Женщина бывает обычно в хорошем состоянии, отдыхает, как после тяжелой работы.

Так продолжается в среднем 10—15 минут, после чего снова появляются схватки; при этом из влагалища начинает выделяться кровь. Это вторая фаза — фаза активных маточных сокращений, ведущих к отслойке детского места.

Продолжая наблюдать за маткой сбоку, можно заметить, что с началом второй фазы резко меняется форма матки. При каждой схватке матка уменьшается в поперечнике, делается уже, а дном своим отклоняется обычно вправо, поднимается все выше, достигая иногда правого подреберья (рис. 146).

При
мат. в
Отеч
оболоч



Рис. 119.
центра, п.
вворачив



Рис. 121.
Плацента
ее еще на

1. Пл.
соединен
центром
открывш
роплацен
иями ма
ной гема
в полост
кается н
матки. и
плодовой
13 акуш

При этом матка как бы сползает с отслоившегося детского места, почти или вовсе выделившегося во влагалище.

Отслойка плаценты совершается в губчатом слое отпадающей оболочки и может происходить двояко.

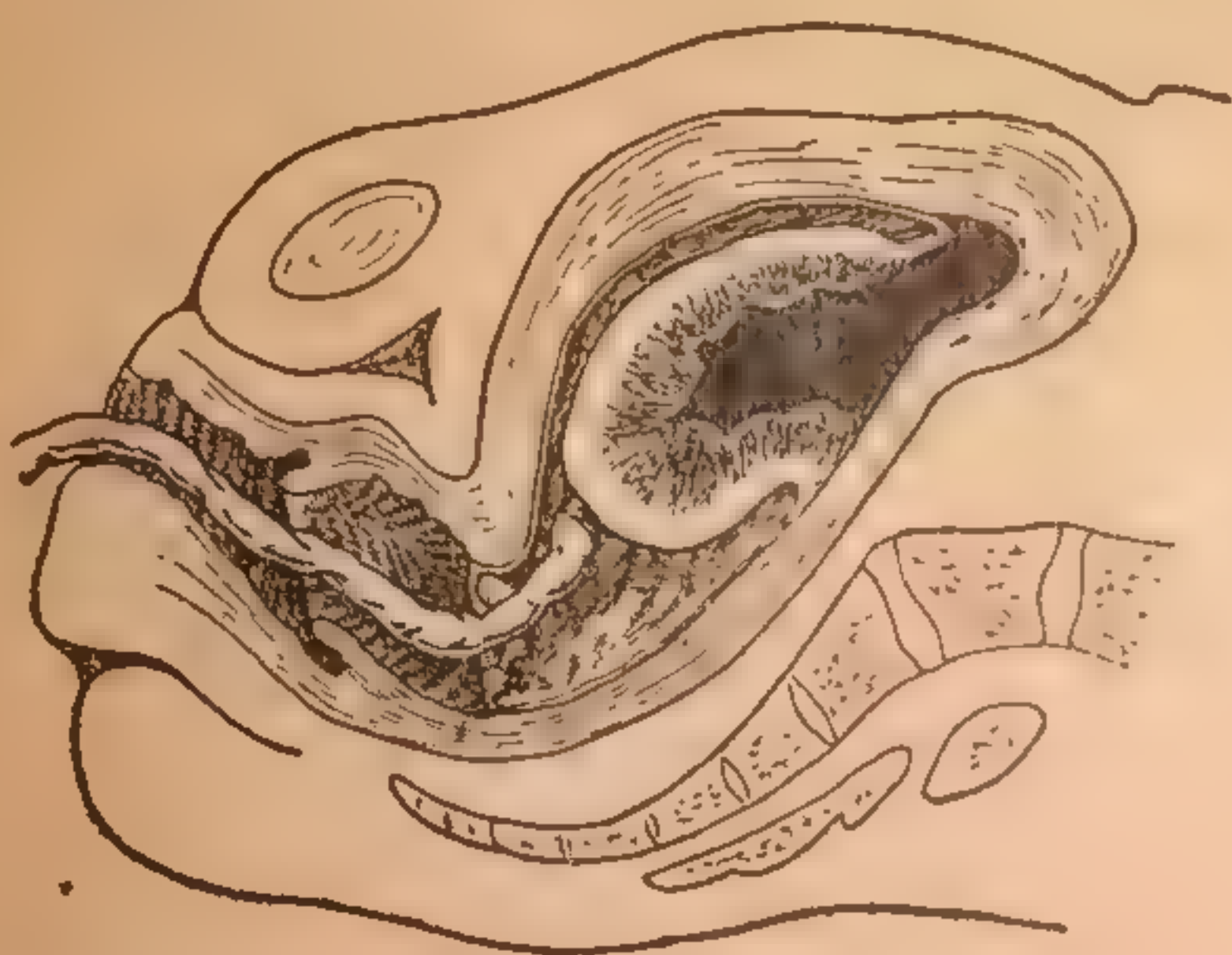


Рис. 119. Отслойка плаценты с центра, плацента опускается и вворачивается в оболочки.



Рис. 120. Плацента отделилась от стенки матки; опускаясь, плацента ведет к отслойке оболочек и выходит плодовой стороной.

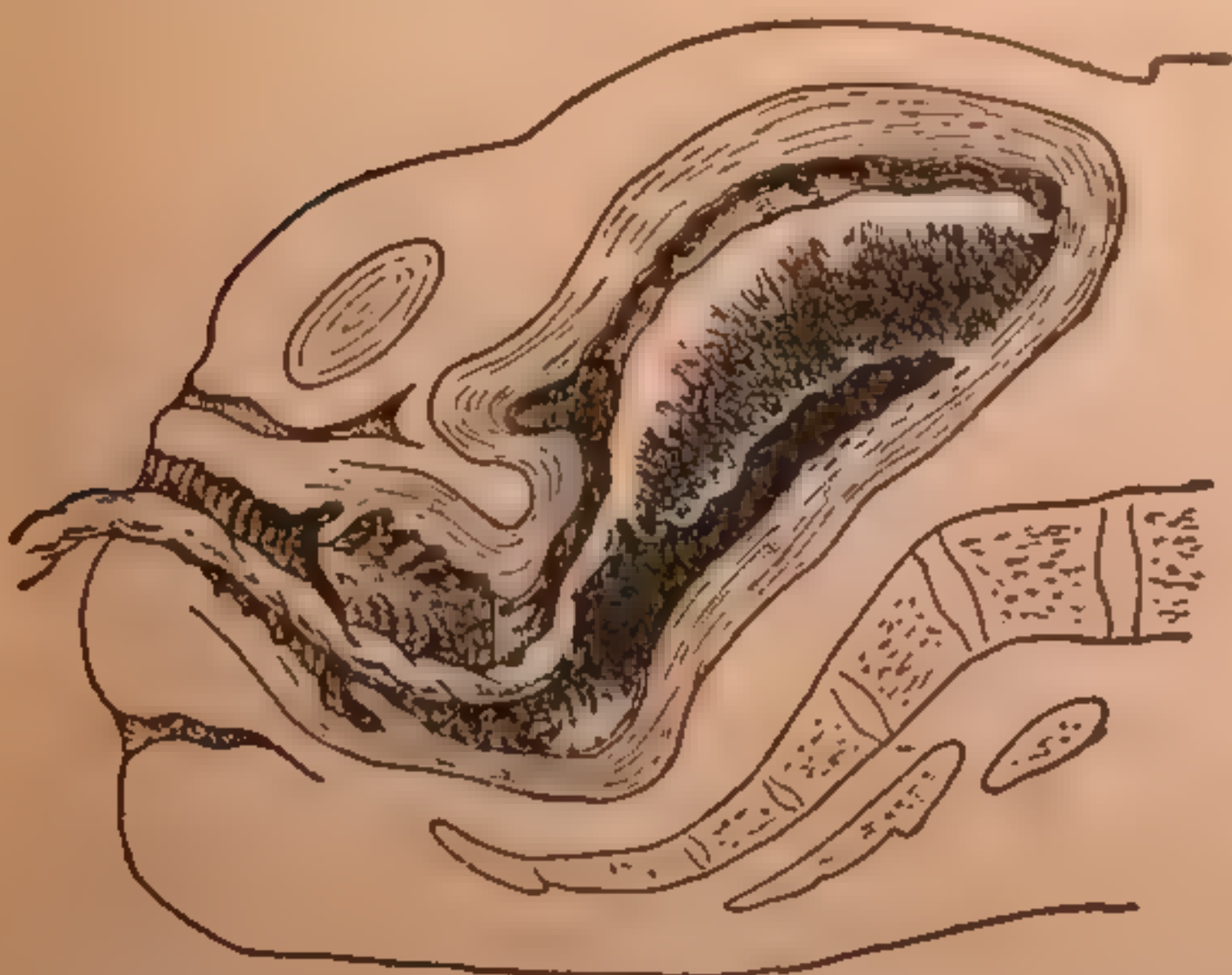


Рис. 121. Отслойка плаценты с края. Плацента отделилась с края, часть ее еще находится в связи со стенкой матки.

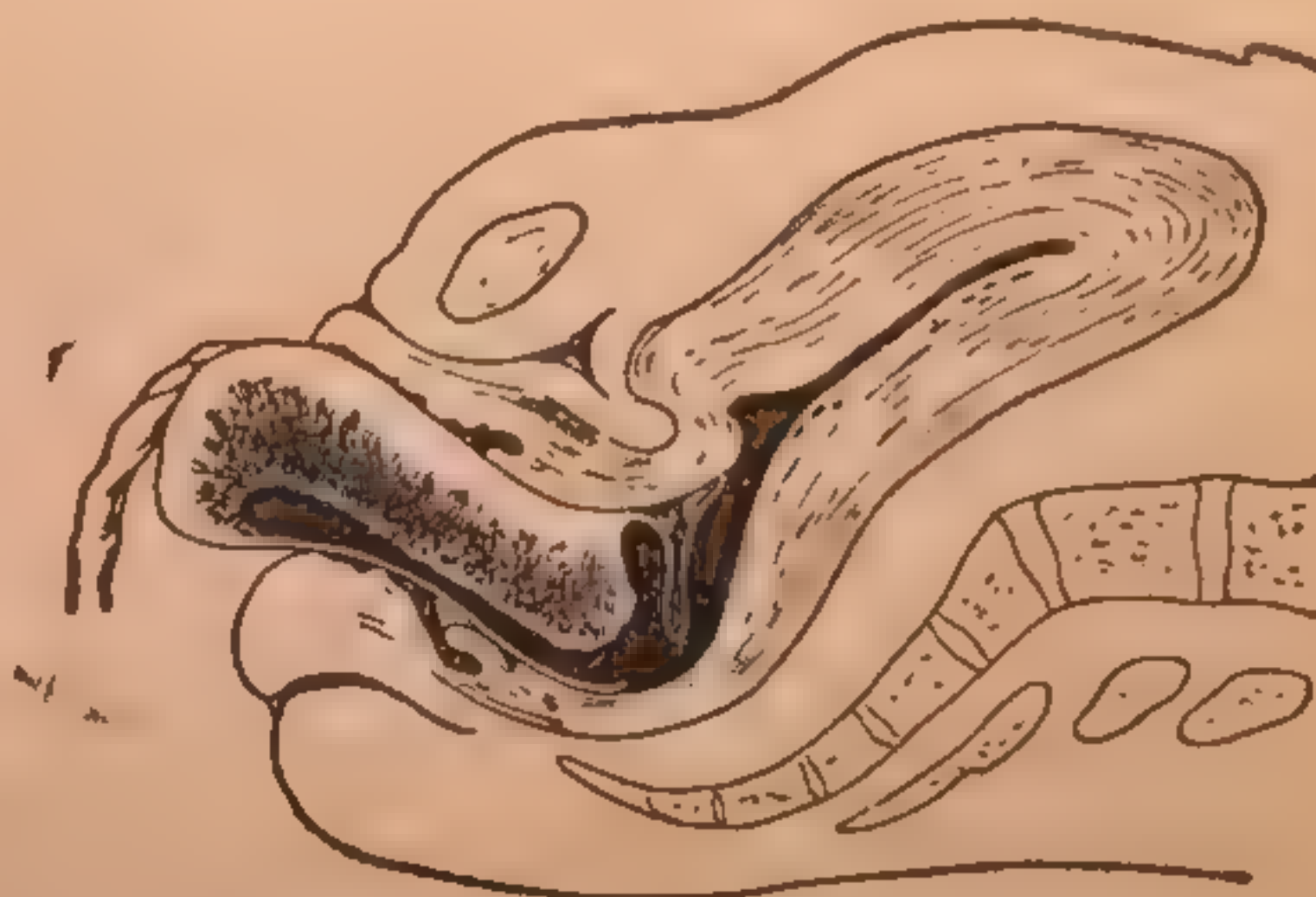


Рис. 122. Плацента опускается и выходит нижним своим краем.

1. Плацента отслаивается своим центром, оставаясь по краям соединенной со стенкой матки (рис. 119). Между отслоившимся центром плаценты и стенкой матки скопляется излившаяся из открывшихся маточно-плацентарных сосудов кровь, образуя ретроплацентарную гематому. Постепенно, дальнейшими сокращениями матки и давлением все увеличивающейся ретроплацентарной гематомы детское место полностью отслаивается и свисает в полость матки, вворачиваясь в оболочки; детское место опускается ниже, увлекает за собой оболочки, отслаивая их от стенок матки, и выходит из матки во влагалище, а затем наружу своей плодовой стороной (рис. 120).

2. Плацента отслаивается не в центре, а с края; при этом кровь стекает вниз, отслаивает или разрывает оболочки и вытекает наружу. Отслоившимся краем плацента свисает и таким образом выходит из влагалища (рис. 121 и 122).

Во второй фазе последового периода наблюдается незначительное кровотечение; количество выделяющейся крови обычно не превышает 300 мл.

Третья фаза последового периода — изгнание последа, т. е. изгнание отслоившейся плаценты с оболочками.

Обычно отслоившееся детское место спускается во влагалище и, оказывая давление на заднюю стенку его, рефлекторно вызывает потугу.

Иногда достаточно одной хорошей потуги, и послед выталкивается из влагалища. Если потуги слабые, оказывает помощь акушерка. Родившийся послед необходимо внимательно осмотреть, чтобы убедиться, что в матке не осталось частей последа.

Рождением последа заканчивается родовой акт. Роды в целом у первородящих длятся в среднем около одних суток, у повторнородящих — 12—14 часов.

Глава X

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ К РОДАМ

Санитарная подготовка роженицы. С момента наступления периодически повторяющихся схваток, характеризующих начало родов, беременную женщину называют роженицей; в таком состоянии она обычно поступает в родильный дом.

Обстановка родильного дома, начиная с приемной, должна отвечать изложенным выше требованиям (глава VIII).

Верхняя одежда остается в вестибюле или прихожей; в сопровождении санитарки роженица направляется в пропускник или в так называемую предсмотровую комнату, где ей измеряют температуру.

При нормальной температуре, нормальном пульсе и отсутствии признаков заболевания (краснота или налеты в зеве, кашель или насморк, фурункулы или сыпь на коже, гнойные выделения из влагалища) роженица сама или с помощью санитарки раздевается и в чистой рубашке и тапочках поступает для санитарной подготовки в смотровую нормального акушерского отделения. Если у роженицы повышена температура, имеется какое-либо заболевание или признаки заболевания, а равным образом если она имела недавно контакт с острозаразными больными, ее (по заключению дежурного врача) направляют в смотровую сомнительного отделения. Предсмотровая, таким образом, является пропускником, фильтром родильного дома.

Строжайшая изоляция больных или способных передать заболевание рожениц от здоровых с первых шагов вступления их

в родильный дом — один из основных моментов профилактики распространения заболеваемости среди родильниц и новорожденных.

Кушетку в смотровой родильного дома перед осмотром каждой поступающей женщины застилают свежей подстилкой. После каждого осмотра клеенку протирают дезинфицирующим раствором. Клеенчатый тюфяк на кушетке следует ежедневно мыть теплой водой с мылом.

В лист по родовспоможению акушерка записывает фамилию, имя и отчество, адрес, время (часы и минуты) поступления ро-

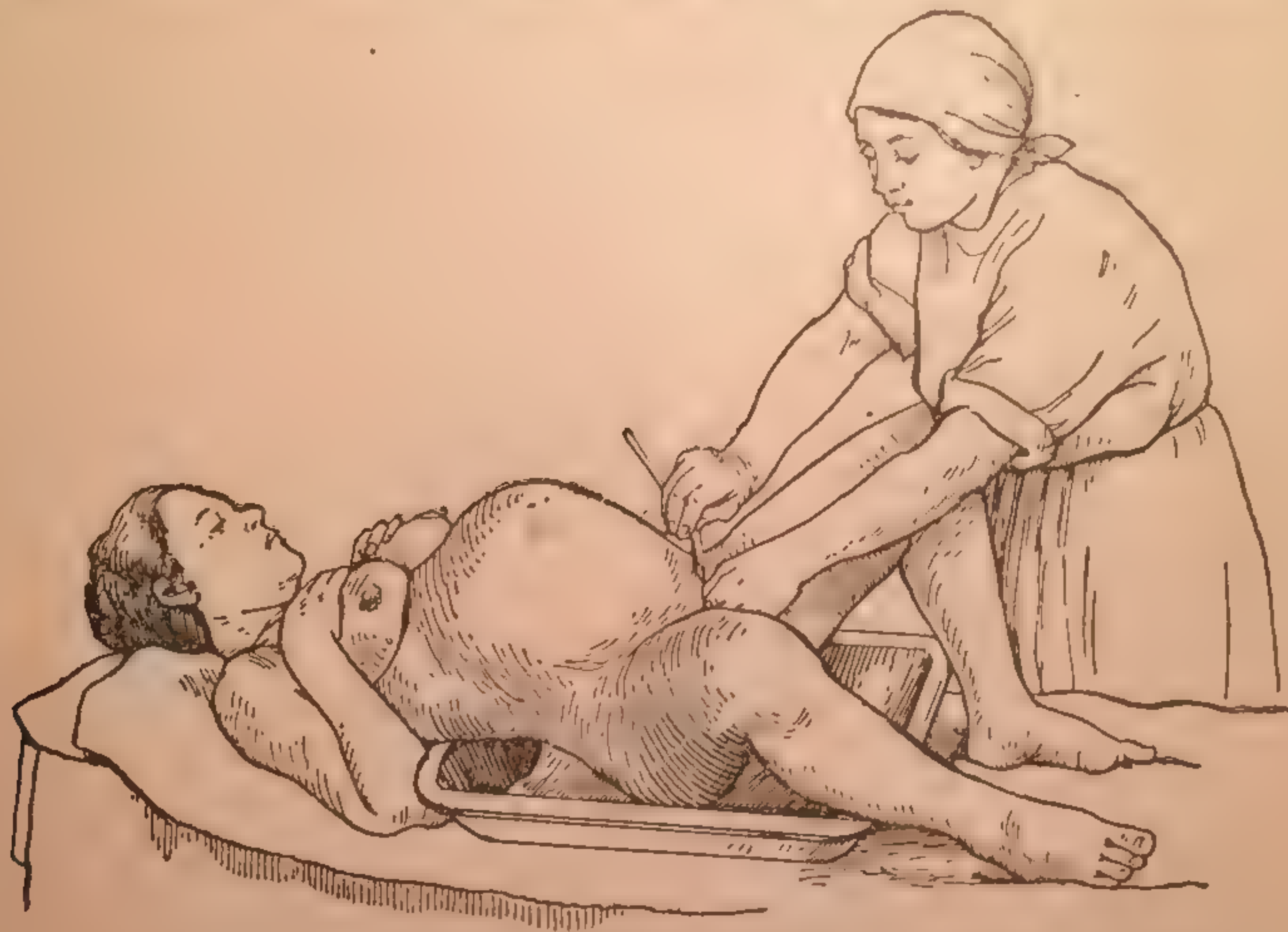


Рис. 123. Сбривание волос с наружных половых органов.

женицы в родильный дом, профессию, возраст и ряд других сведений, требуемых в этом листе.

В лист заносят данные наружного акушерского исследования, данные измерения таза, температуру, пульс, а также и данные общего осмотра роженицы, результаты взвешивания и измерения роста. Затем акушерка приступает к санитарной подготовке роженицы в следующем порядке.

Бритье. На специальном биде (рис. 123) или на кушетке в положении с приведенными к животу бедрами бреют волосы на наружных половых органах. Предварительно чисто вымыв руки и обработав их спиртом, акушерка намаливает при помощи стерильной кисточки, щетки или стерильной мочалки наружные половые органы роженицы и осторожно, чтобы не порезать, сбривает волосы. Бритье волос начинают с лобка, затем переходят на большие губы, далее просят женщину прижать бедра к животу и бреют волосы на промежности и около наружного от-

верстия прямой кишки. После бритья основательно обмывают наружные половые органы из кружки Эсмарха слабым раствором лизоформа (1—2%) или раствором нашатырного спирта (0,5%) и обсушивают стерильной марлей на корнцанге. По окончании бритья бритву моют и кладут в закрывающийся лоток с денатурированным спиртом.

Затем женщину просят помочиться в чистое судно, из которого через стеклянную воронку с фильтровальной бумагой отливают в чистую пробирку 8—10 мл мочи для исследования на белок.

При обильных выделениях из влагалища или при подтекающих водах, чтобы они не примешивались к моче, половую щель следует заложить куском стерильной ваты; конечно, лучше в подобных случаях получить мочу с помощью катетера, но эта манипуляция не безразлична; к ней прибегают лишь при наличии показаний и только по назначению врача.

Исследование мочи. 1. Реакция на белок с уксусной кислотой. Мочу в количестве 8—10 мл кипятят в пробирке на спиртовой или газовой горелке; при наличии белка мочи при кипячении мутнеет. Так как помутнение мочи может зависеть и от присутствия в ней большого количества солей, к ней прибавляют после кипячения несколько капель 5—10% уксусной кислоты; если при этом помутнение или осадок не исчезает, значит, в моче содержится белок.

2. Реакция на белок с сульфосалициловой кислотой (20%). К 10 мл мочи, налитой в пробирку через фильтровальную бумагу, добавляют 10—20 капель водного раствора 20% сульфосалициловой кислоты, если в моче имеется белок, она мутнеет. Для сравнения в другую пробирку наливают мочу, не добавляя к ней сульфосалициловой кислоты.

Эти вполне доступные методы исследования позволяют установить лишь наличие белка в моче, но определить этим путем количество белка невозможно. При выявлении белка необходимо немедленно же произвести в лаборатории подробное исследование мочи, чтобы определить количество белка, а также наличие и других элементов, как-то: сахар, форменные элементы крови, желчные пигменты, бактерии, почечные элементы — гиалиновые, зернистые цилиндры.

Всем роженицам при поступлении измеряют артериальное давление.

Измерение артериального давления производится специальным аппаратом Рива-Роччи (рис. 124). Аппарат состоит из манжетки, ртутного манометра и груши. Манжетку надевают на обнаженную руку выше локтевого сгиба и тщательно закрепляют ее; затем пальцем прощупывают в локтевом сгибе пульсацию артерии и к этому месту приставляют стетоскоп. Начинают нагнетать при помощи груши воздух до исчезновения ударов пульсации в локтевой артерии. Затем, не отнимая стетоскопа, продолжая выслушивать и наблюдать за шкалой манометра, начинают очень медленно выпускать воздух из манжетки — давление последней ослабевает, и в локтевой артерии появляется пульсация. Высота ртутного столба, соответствующая появлению первого удара пульсации, — это максимальное, или систолическое, артериальное давление. Чтобы не ошибиться, это измерение повторяют тут же еще раз. Постепенно выпуская воздух из манжетки, акушерка продолжает выслушивать пульсацию, которая в определенный момент снова перестает выслушиваться, — высота ртутного столба в этот момент указывает минимальное, или диастолическое, артериальное давление.

Нормальное максимальное артериальное давление у здоровой беременной женщины равно 110—120 мм ртутного столба,

а минимальное 70—80 мм. Во второй половине беременности артериальное давление лишь незначительно повышается, достигая на VIII—IX месяце максимум 125 мм. Более высокое артериальное давление является неблагоприятным признаком, особенно если при этом и минимальное давление оказывается высоким.



Рис. 124. Измерение артериального давления.

О такой беременной акушерка обязана немедленно сообщить врачу для того, чтобы предпринять соответствующие лечебные мероприятия, предупреждающие тяжелые осложнения.

Роженица с повышенным артериальным давлением нуждается в особенно бережном обращении и неотступном наблюдении; после санитарной подготовки ее переносят в отдельную палату, где за ней устанавливается специальное наблюдение.

Определение группы крови. При осложнении в течении родов может иметь место значительная кровопотеря, связанная либо с разрывом шейки, либо с ненормальной отслойкой детского места. Подобные кровотечения трудно заранее предвидеть, между тем при них необходима немедленная, срочная помощь. Наиболее эффективным мероприятием является переливание крови. Поэтому у каждой роженицы при поступлении в родильный дом необходимо определить группу крови и проставить ее на первой странице листа родовспоможения. Для этой цели имеются: стандартные сыворотки крови, стеклянные (глазные) палочки, спе-

циально для этого предназначенная белая тарелка, разделенная на четыре сектора, и игла.

Клизма ставится из 3—4 стаканов кипяченой воды; роженица лежит при этом на левом боку. Наконечник должен быть стерильным; в специальном закрытом лотке должно храниться достаточное количество прокипяченных стеклянных наконечников; использованный наконечник кладут в другой закрытый лоток с раствором сулемы; затем его моют и кипятят.



Рис. 125. Роженица принимает душ.



Рис. 126. Взвешивание роженицы.

При дефекации около роженицы обязательно должна быть акушерка или санитарка, так как при натуживании не исключена возможность изгнания плода. Роженицам, поступающим с сильной родовой деятельностью и появившимися потугами, клизма не ставится.

Общий душ. После действия кишечника роженице подстригают ногти на руках и ногах, и она отправляется под душ, где моется с помощью санитарки (рис. 125). Если душа нет, роженица моется, сидя на поставленной в ванну чистой, обитой цинковым железом табуретке или скамейке. Воду поливает санитарка из кувшина, специально для этого предназначенного. Перед

душем у роженицы тщательно осматривают волосы на голове и в подмышечных впадинах. В случае необходимости нужно вымыть волосы водой с мылом, вычесать их частым гребнем и после этого снова промыть их керосином или раствором сабадиллы, а в крайнем случае остричь; при этом необходимо сделать соответствующую отметку в листе, чтобы за этой женщиной в дальнейшем велось особое наблюдение.

Нельзя мыть роженицу в ванне, так как при этом во влагалище может попасть вода, загрязненная микробами.

Нельзя производить какие-либо промывания или спринцевания влагалища. Здоровая слизистая влагалища обладает, как уже указывалось, способностью «самоочищения», а указанные вмешательства в лучшем случае лишь частично убивают бактерий, зато одновременно изменяют влагалищную среду, понижают ее защитные функции и нарушают способность «самоочищения».

Следует отметить, что бактерии, находящиеся во влагалище роженицы, в подавляющем большинстве при хорошей сопротивляемости организма не представляют большой опасности; попытки же ликвидировать их ведут скорее к тому, что при манипуляциях заносятся извне другие болезнетворные бактерии, несомненно, представляющие большую опасность.

По окончании туалета роженицу вытирают чистой простыней, надевают чистую рубашку, кофточку, чепчик, и чулки, затем взвешивают (рис. 126), определяют рост и после этого надевают на нее халат; акушерка провожает ее в предродильную или в родильную комнату, смотря по состоянию родов, и передает роженицу вместе с ее листом дежурной акушерке.

Родильная комната. Родильная комната оборудуется обычно как операционная. Для этой цели используется светлая, хорошо вентилируемая комната, потолок и стены которой покрашены масляной краской, с легко и хорошо моющимся полом (линолеум, плитка); температура в родильной комнате должна быть не ниже 20°.

Из мебели имеется одна или несколько специальных кроватей для рожениц, передвижные столики для инструментов и перевязочного материала и стол для записывания истории родов; здесь же имеется специальный пеленальный стол для первого туалета ребенка. Около каждой кровати имеется индивидуальный столик, на нижней полке которого находится индивидуальное судно роженицы (лучше, если для судна имеется специальная подставка у ножного конца кровати). Наилучшим типом родильной кровати является кровать Рахманова (рис. 127), отличающаяся от обычных кроватей тем, что она выше; ее можно, сдвинув в одну половину, превратить в так называемую поперечную кровать. Матрац кровати состоит из двух половин, так называемых пльстеров, обшитых легко моющейся клеенкой; высота пльстера 25—30 см. Поверх пльстеров кладут простыню, затем клеенку в метр длиной, сверх клеенки—

подкладную пеленку, у головного конца — две подушки. Все это покрывают одеялом с пододеяльником.

Покрытые клеенкой польстеры на родильной кровати после каждой женщины протирают теплой мыльной водой, затем раствором сулемы (лизоформа) и застилают чистой подкладной клеенкой и стерильной подстилкой.

Если роженицу, вследствие повышения у нее температуры, гноевидных выделений или признаков какой-либо инфекции, переводят в изолятор, в сомнительное отделение, то родильную кровать подвергают тщательной санитарной обработке. Кровать моют и протирают сулемой, а польстеры (при отсутствии дезинфекционной камеры) моют, протирают дезинфицирующим рас-

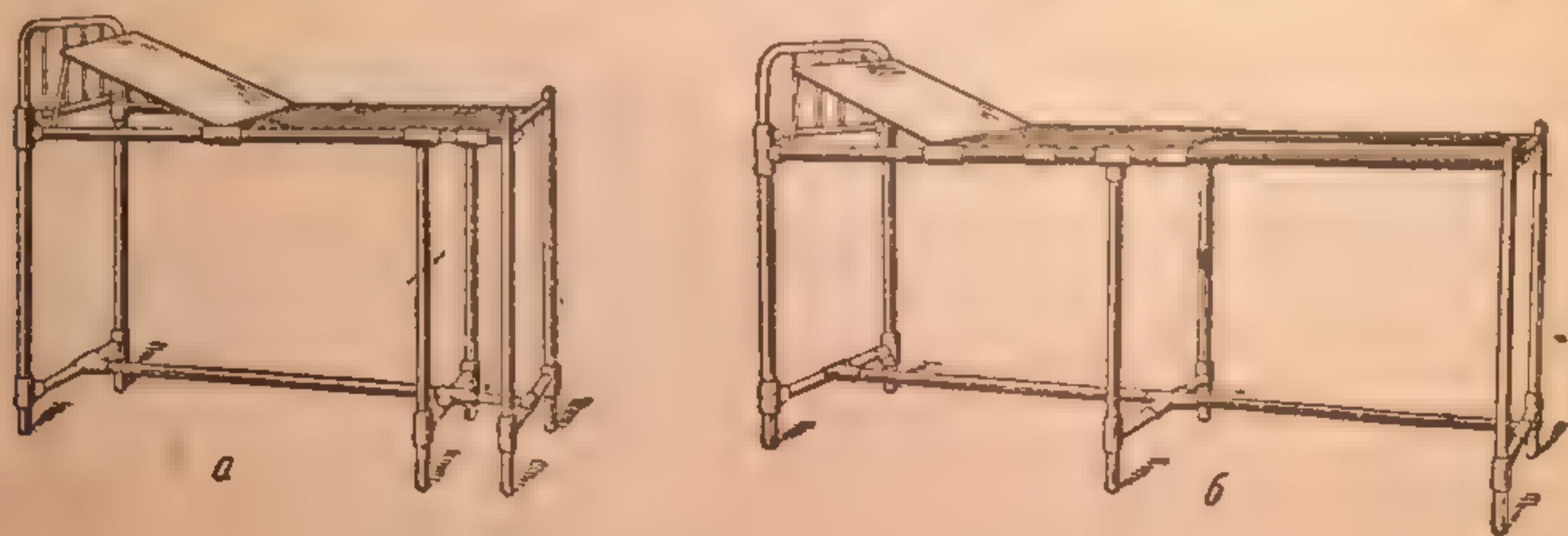


Рис. 127. Кровать Рахманова.
а — в сдвинутом виде; б — в раздвинутом виде.

твором и затем выносят на 48 часов для проветривания, после чего снова протирают дезинфицирующим раствором и кладут на кровать Рахманова.

При родах ножную половину польстера вынимают, и тогда роженица остается в таком положении, при котором таз ее расположен выше, что облегчает доступ к наружным половым органам при проведении родов.

На передвижном или обычном столике в стерилизаторе всегда имеются наготове изогнутые пупочные ножницы, прямые ножницы на случай необходимости рассечения промежности, пинцеты и корнцанги для взятия перевязочного материала и ваты; в специальной стеклянной баночке с притертой пробкой находятся стерильные тесемки или толстая шелковая лигатура для перевязки пуповины; в одном барабане находится стерильная марля, в другом — стерильная вата, а в третьем — стерильные пеленки.

Лучше и удобнее иметь заготовленные индивидуальные пакеты, в которых содержится весь набор предметов, необходимых для обработки пуповины.

В родильной комнате постоянно имеется в достаточном количестве кипяченая горячая и холодная вода.

Здесь же находится небольшая аптечка со всеми употребляемыми медикаментами: питуитрин, эрготин, спорынья в порошках, физиологический раствор и аппарат Боброва для вливания фи-

физиологического раствора, сердечные средства (кофеин, камфора), средства, усиливающие родовую деятельность.

Средства, применяемые для обезболивания родов, хранятся в отдельном шкафчике (стр. 243). В родильной или соседней комнате должен быть столик, специальная ванночка и средства, необходимые при оживлении ребенка.

Глава XI

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ

В предродильной или родильной комнате акушерка снова производит наружный осмотр роженицы, уточняет срок беременности, положение плода, положение предлежащей части, наличие и характер сердцебиения плода, вторично измеряет таз и производит влагалищное исследование. Если до этого не было произведено исследования мочи, акушерка просит женщину помочиться в чисто вымытое судно и исследует мочу (стр. 196). Проверив в истории родов все записи, сделанные в смотровой, акушерка родильной комнаты ведет дальнейшее наблюдение за роженицей: она следит за ее общим состоянием, измеряет 3 раза в день температуру и одновременно сосчитывает пульс.

Так как на родовую деятельность женщина расходует много энергии, необходимо, чтобы силы ее не истощались: роженица не должна голодать, стол ее должен состоять из легких блюд (жидкая каша, кофе, бульон, кисель и т. п.); особенно полезно давать ей очень сладкий чай, глюкозу; введение углеводов дольше сохраняет работоспособность мускулатуры матки.

Надо следить за опорожнением мочевого пузыря, заставляя женщину мочиться; роженица должна мочиться самостоятельно, лишь в крайнем случае следует прибегать к катетеризации (по назначению врача), пользуясь для этого прокипяченным металлическим или эластическим катетером.

Катетеризация. Наружные половые органы роженицы предварительно обмывают кипяченой водой, а затем раствором сулемы 1 : 1 000. Пальцами левой руки акушерка раздвигает большие и малые половые губы, чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала, и, обмыв еще раз раствором сулемы обнаженное отверстие мочеиспускательного канала, под контролем глаза вводит катетер. Все это следует делать, строго соблюдая правила асептики и антисептики. Рекомендуется произвести анализ мочи, полученной путем катетеризации.

Надо следить за действием кишечника: если при продолжительном пребывании в родильной комнате у роженицы не было самостоятельного стула, ей ставят клизму.

После каждого мочеиспускания, а равно и после дефекации обязательно обмывают наружные половые органы и промежность

чистой кипяченой водой или слабым раствором лизоформа, марганцовокислого калия, или сулемы, пользуясь для этого стерильными ватными шариками на корнцанге (рис. 132).

При целых водах, нормальном соотношении в размерах головки и таза, т. е. головка стоит уже глубоко во входе, при несильных схватках не обязательно, чтобы роженица в этом периоде родов лежала все время в кровати; она может ходить или принимать то положение, какое ей кажется более удобным. К концу периода раскрытия или с момента отхождения вод роженица должна лежать.

В течение всего периода раскрытия наблюдают за характером схваток, следя за их продолжительностью, интенсивностью и частотой, за изменением формы матки, за сердцебиением плода.

Счет схваток имеет большое значение; количество прошедших схваток позволяет судить о состоянии родов, поэтому необходимо, чтобы акушерка неотступно была около роженицы, записывала время каждой схватки, ее продолжительность и интенсивность.

Начало схватки определяется началом сокращения матки и одновременным появлением болевых ощущений у роженицы. Акушерка, положив на дно матки ладонь, отмечает время начала схватки и держит ладонь в таком положении все время, пока продолжается схватка. Когда схватка окончится, акушерка ладонью ощущает некоторое расслабление маточной мускулатуры. Отметив время окончания схватки, акушерка записывает эти данные в лист и продолжает дальнейшие наблюдения.

Следят за перемещением дна матки и за перемещением пограничного кольца (стр. 180). К началу периода раскрытия дно матки стоит почти на ширину ладони ниже мечевидного отростка. В течение периода раскрытия дно матки постепенно поднимается кверху и чем оно выше стоит, тем больше открытие наружного зева (метод Роговина). Так, к моменту полного открытия дно матки поднимается до самого мечевидного отростка, как бы упирается в него.

По мере открытия наружного зева пограничное кольцо постепенно поднимается кверху, достигая к моменту полного открытия высоты на ширину ладони над лобком.

Внимательно и непрерывно наблюдая с самого начала за роженицей в периоде раскрытия, акушерка, пользуясь этими признаками, в каждый отдельный момент имеет представление о степени открытия наружного зева.

Необходимо следить за опущением предлежащей части плода, за характером сердцебиения и перемещения места наилучшей слышимости его, за отхождением вод.

По мере опущения головки в таз сердцебиение плода перемещается ниже и при передних видах приближается к средней линии. Это опущение контролируется наружным ощупыванием предлежащей части и выслушиванием сердцебиения плода.

Обычно плодный пузырь разрывается при большом открытии зева на высоте одной из схваток; подстилка под роженицей, до этого сухая, становится мокрой от вытекающих вод. Иногда плодный пузырь разрывается не в нижнем его полюсе впереди предлежащей части, а где-либо высоко сбоку — так называемый боковой разрыв плодного пузыря. При этом воды подтекают очень малыми порциями, иногда каплями. В таких случаях на подкладной клеенке отмечаются небольшие влажные пятна.

Все приемы наружного исследования, особенно третий прием, необходимо выполнять очень бережно, так как при этом тонкий и продолжающийся истончаться нижний сегмент матки сравнительно легко травмируется. Только при хорошем навыке в наружных приемах исследования их может быть достаточно, чтобы точно представить характер течения родов.

Чтобы избежать возможных ошибок при ведении родов, каждую поступающую в родовспомогательное учреждение роженицу следует подвергнуть влагалищному исследованию и повторить его сейчас же после отхождения вод, соблюдая при этом все правила асептики¹. Дальнейшее применение влагалищного исследования должно быть обусловлено показаниями к нему. Влагалищное исследование при родах показано во всех случаях, когда неясно определяется снаружи предлежащая часть, характер предлежания, когда затягиваются роды, появляются кровавистые выделения, когда необходимо быстро закончить роды.

Если воды отошли рано или к моменту отхождения вод предлежащая часть плода остается подвижной, необходимо, как правило, немедленно произвести влагалищное исследование.

У повторнородящих головка обычно остается подвижной до конца периода раскрытия и опускается одновременно с излитием околоплодных вод; если после отхождения вод головка тотчас не опустилась в таз, надо путем влагалищного исследования проверить, не выпала ли пуповина или другая мелкая часть, и выяснить, как расположена предлежащая часть плода по отношению ко входу таза.

Схватки, длительность которых в начале периода раскрытия достигает нескольких секунд, причем промежутки между схватками составляют 20—15—10 минут, в дальнейшем усиливаются и удлиняются, а промежутки постепенно укорачиваются; к концу периода раскрытия продолжительность схватки достигает 40—60 секунд, а промежутки между схватками — 3—4 минут.

Одновременно с удлинением схваток усиливаются и имеющиеся боли. Боли, которые ощущались вначале преимущественно в области крестца, распространяются по всему низу живота, становятся опоясывающими. К концу периода раскрытия боли достигают своей высшей степени.

¹ Решение IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР (1952).

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ

С наступлением полного открытия, чаще несколько раньше, рвется плодный пузырь, отходят передние воды, и начинается второй период родов — период изгнания.

Если плодный пузырь показывается из влагалища, его разрывают (стр. 497). Если пузырь не показывается наружу, а все данные говорят за полное открытие зева—высокое стояние дна матки, головка глубоко в полости, при схватках появляется желание тужиться, при этом напрягается промежность, приоткрывается отверстие заднего прохода, — надо прибегнуть к влагалищному исследованию и при полном или почти полном открытии наружного зева, при головке, стоящей в полости таза, разрывают оболочки плодного пузыря пальцами или инструментом (рис. 313).



Рис. 128. Положение роженицы в периоде изгнания.

К схваткообразным сокращениям матки в этом периоде родов присоединяются потуги. В течение этого периода необходимо следить за характером родовой деятельности и особенно за сердцебиением плода. Схватки в периоде изгнания бывают сильнее и чаще, чем в периоде раскрытия.

После отхождения вод вместимость полости матки уменьшается, плацентарное кровообращение несколько ухудшается; во время схватки, вследствие сжатия сосудов матки и значительного повышения внутриматочного давления, плацентарное кровообращение еще больше ухудшается. Вот почему в периоде изгнания нужно быть особенно внимательным к плоду: каждые 5—10 минут между схватками выслушивать его сердцебиение и записывать в историю родов.

С появлением потуг первородящая женщина, а повторнородящая с момента отхождения вод, если роженицы до этого находились в предродовой комнате, переводятся в родильную комнату. Роженица в этом периоде родов должна лежать на родильной кровати в удобном положении — на спине или на боку. К ножному концу кровати или к средним ножкам родильной кровати привязывают два полотенца, концы которых держит роженица, — это так называемые вожжи. Согнув ноги в колен-



Рис. 129. Бинт Вербова при пользовании в периоде изгнания.

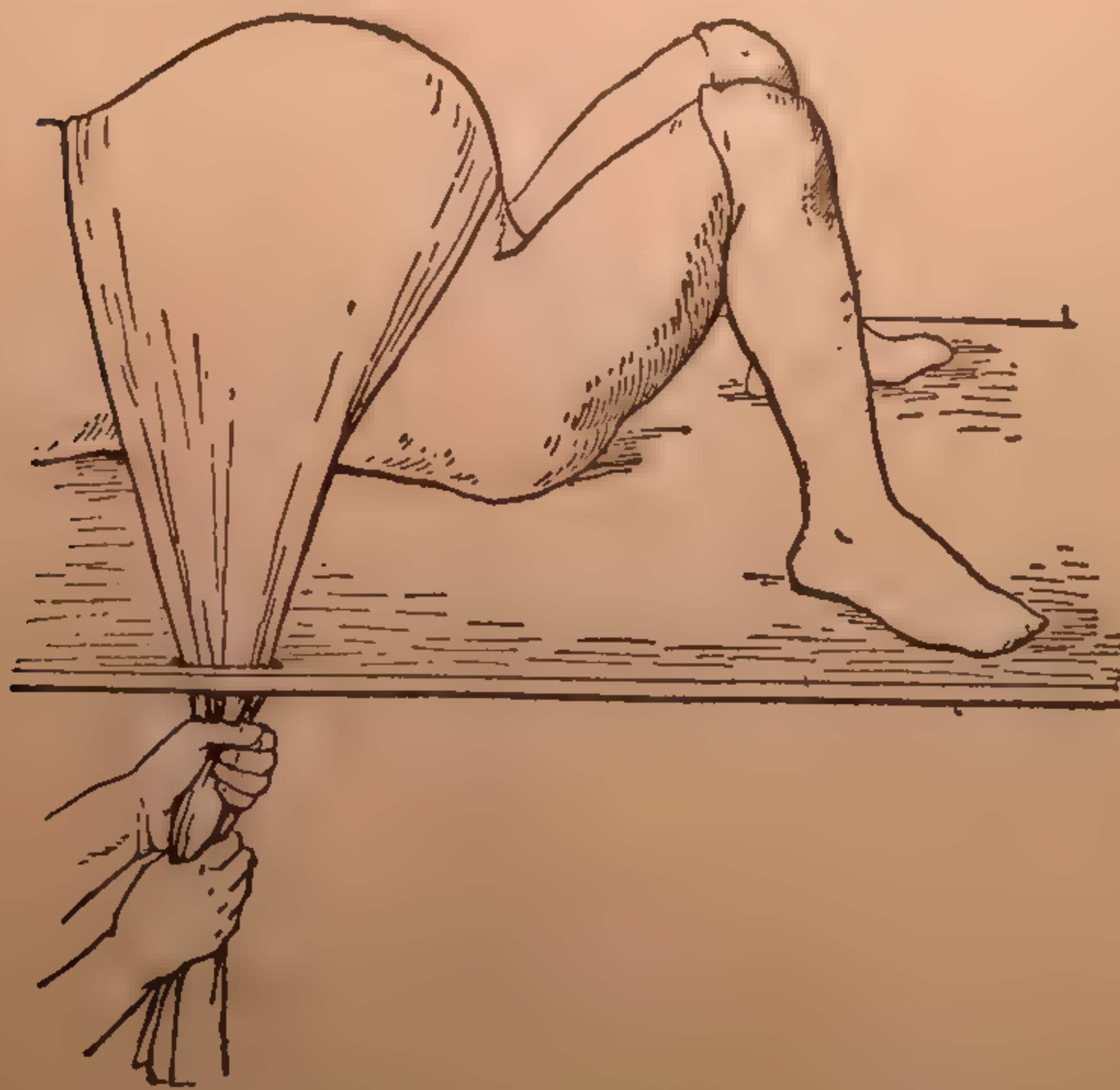


Рис. 130. Простыня, приспособленная в качестве бинта Вербова.

ных суставах, роженица ступнями упирается в кровать, а руками тянет на себя вожжи или держится руками за края кровати, благодаря чему усиливается действие потуги (рис. 128). Во время потуг роженице предлагают удерживать дыхание, не кричать и не запрокидывать голову, подбородок прижимать к груди. Очень часто первородящих приходится учить тужиться; в этих случаях



Рис. 131. Передвижной столик с предметами, необходимыми при проведении родов.

их просят тужиться «как при акте дефекации».

У женщин с дряблой брюшной стенкой, что наблюдается иногда у многоорожавших, особенно с плохо развитой мышечной системой, не укреплявшейся ранее гимнастикой, с чрезмерно растянутой брюшной стенкой, с отвислым животом, потуги бывают слабыми, мало эффективными; период изгнания у таких женщин затягивается. В подобных случаях рекомендуется применять бинт Вербова. Этот бинт (рис. 129), похожий на широкий бандаж, надевают роженице на живот. Стоя или сидя по бо-

кам кровати, помощники затягивают его при схватке или это делает сама роженица. При отсутствии бинта для указанной цели можно пользоваться полотенцем или простыней (рис. 130).

С момента, когда у первородящей головка плода начнет выпячивать промежность, необходимо быть готовым к приему родов; у повторнородящих нужно быть готовым к этому уже с момента отхождения вод.

Прием родов. Быть готовым к приему родов — значит иметь под рукой на передвижном столике все необходимое для этого (рис. 131).

Наружные половые органы роженицы должны быть обмыты (рис. 132), руки акушерки тщательно вымыты. Чистота рук, наряду с чистотой всего тела, является основным условием, без которого акушерка не имеет права проводить роды.

Если роды проводятся на дому, где нет специальной кровати, необходимо, как только начинает врезываться головка, подло-

жить под таз роженицы самодельный пльстер — маленькую подушку, обвернутую в несколько слоев чистой, желательнo стерильной простыней; такой пльстер придает тазу роженицы



Рис. 132. Акушерка приготовилась к обмыванию наружных половых органов роженицы.

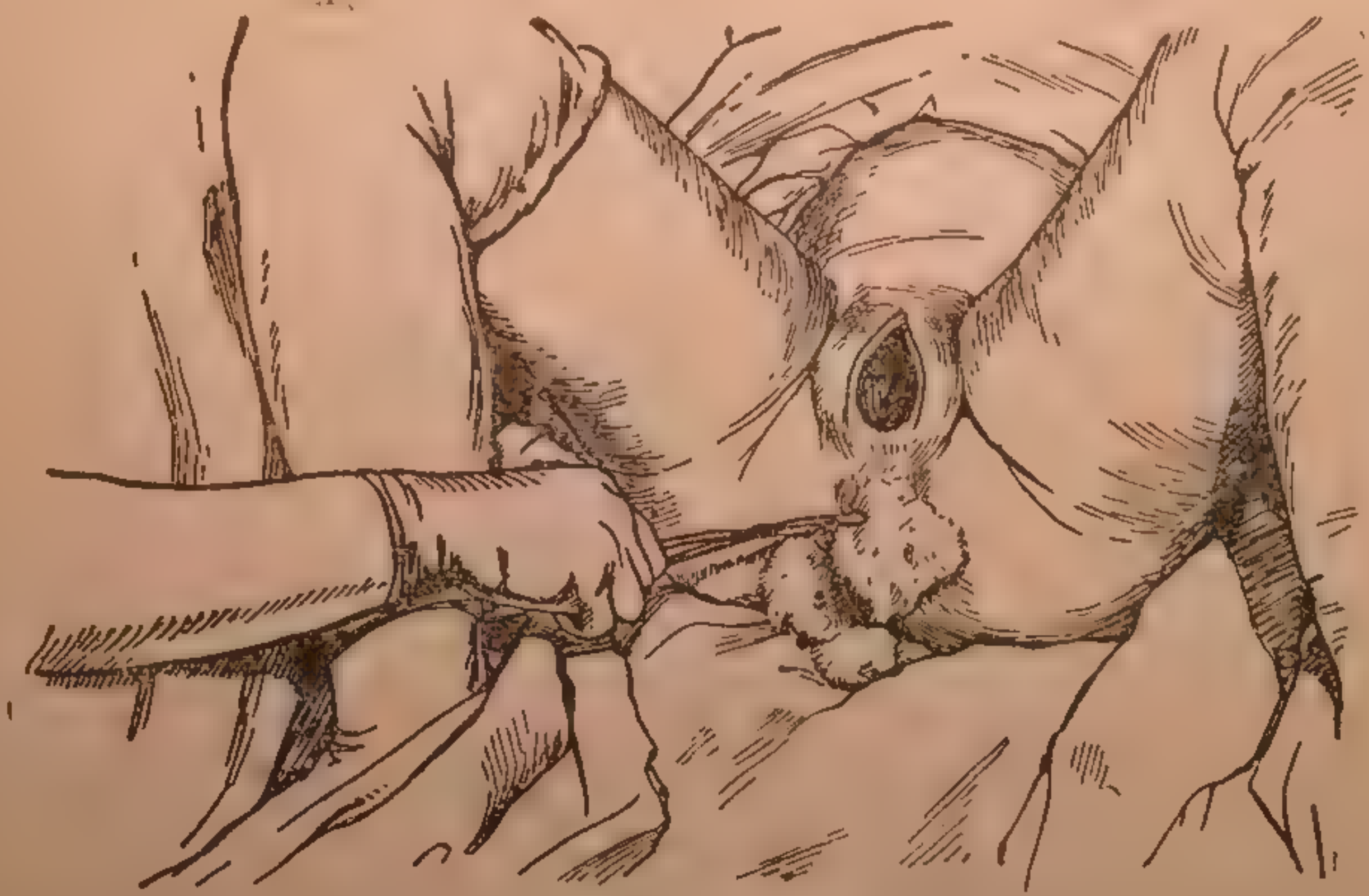


Рис. 133. Защита наружных половых органов от загрязнения выделениями из прямой кишки.

возвышенное положение и открывает свободный доступ к промежности. Под голову и плечи роженицы кладут еще одну подушку для того, чтобы роженица находилась в слегка полусидячем положении — в таком положении ей легче тужиться. Задний проход закрывают стерильной ватой (рис. 133).

До тех пор, пока головка показывается в половой щели только во время схватки, а в промежутках между схватками уходит



Рис. 134. Врезывание головки.



Рис. 135. Помощь акушерки при прорезывании головки.

обратно (врезывается), акушерка ограничивается наблюдением (рис. 134). Такое врезывание продолжается у первородящих примерно 1 час — до тех пор, пока головка окончательно установится в выходе.

Как только головка «врежется» в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, приступают к оказанию акушерского пособия. Для этого (рис. 135) акушерка, стоящая



Рис. 136. Освобождение личика.

справа от роженицы, боком к ее голове, ладонью правой руки с широко отведенным большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, и через последнюю старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выходу затылка из-под симфиза. Левая рука остается «наготове» на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать ее.

Как только затылок выйдет из половой щели и акушерка прощупает его, а с боков будут прощупываться теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем (рис. 136) обхватывают промежность и осторожно как бы снимают ее с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху; при

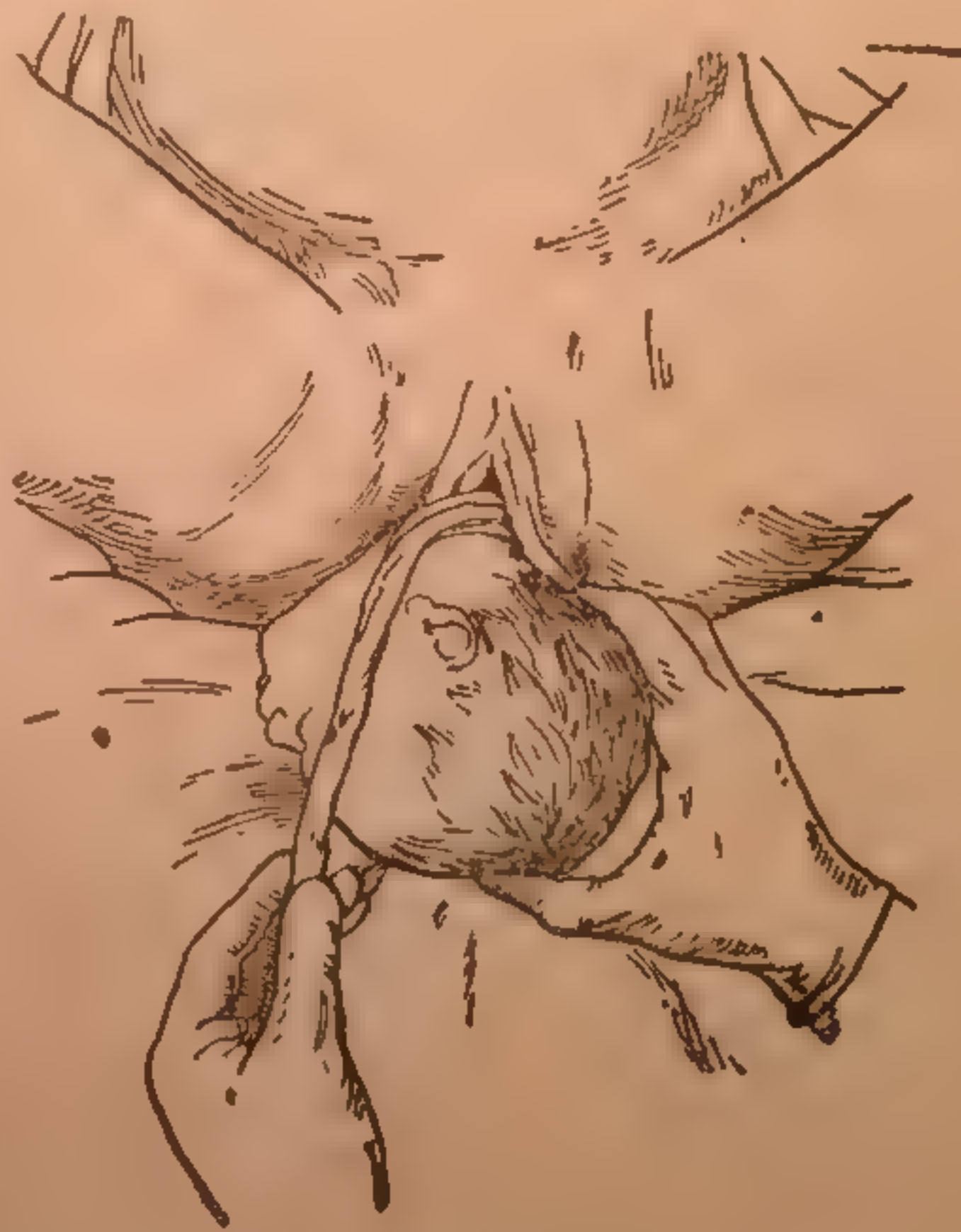


Рис. 137. Снятие петли пуповины, обвитой вокруг шеи плода.

этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок; непременно нужно выводить головку до тех пор пока промежность не «сойдет» с подбородка, — пока подбородок не выйдет наружу. Все это проделывают обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении скорее рвется промежность. При обхватывании ладонью промежности во избежание загрязнения руки между ней и заднепроходным отверстием прокладывают стерильную сложенную в несколько слоев салфетку.

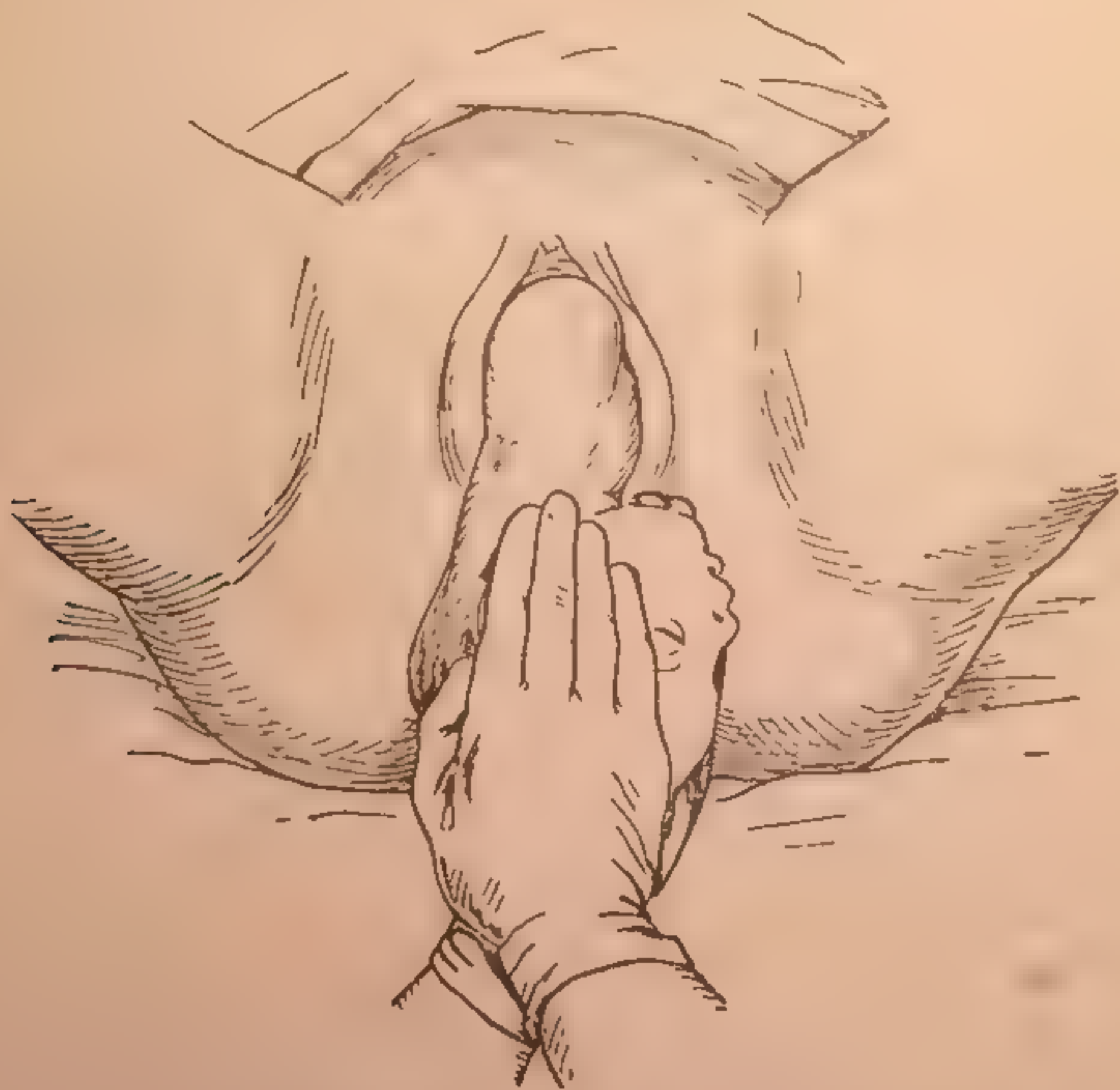


Рис. 138. Подведение переднего плечика под симфиз.

После рождения головки пальцами проводят по шее плода до плеча; проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи; если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку (рис. 137).

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери. Иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия, кровотечение), не следует торопиться, а надо терпеливо дожидаться самостоятельного наружного поворота головки; в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно.

Если переднее плечико самостоятельно не подошло под лоно, акушерка оказывает помощь.

В этих случаях повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями с одной стороны за подбородок, а с другой —

за затылок или кладут ладони на височно-щечные поверхности (рис. 138) и осторожно, слегка вращая головку затылком в сторону позиции и, одновременно бережно оттягивая ее книзу, подводят переднее плечико под лонное сочленение.

Теперь обхватывают головку левой рукой так, что ладонь ее ложится на нижнюю щечку, и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки,



Рис. 139. Выведение заднего плечика, одновременно с него осторожно сдвигают промежность.

осторожно сдвигают промежность с заднего плечика, как указано на рис. 139.

Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей (рис. 140 и 141).

Когда говорят о «защите промежности», имеют в виду не какое-то непосредственное удержание или прижатие ее. Как бы ни придерживать промежность, растягивающуюся под давлением поступающей головки, если последняя будет прорезываться в половой щели не своим малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти разрыв. Основное (при затылочном предлежании) — не допускать преждевременного разгибания головки, добиваться, чтобы вышел затылок из-под лонной дуги, и только после этого медленно выпускать головку над промежностью; это — условие для сохранения целостности про-



Рис. 140. Извлечение плода за туловище.



Рис. 141. Родившийся плод в руках акушерки.

межности. В большинстве случаев, если не наблюдается слишком быстрого продвижения головки, достаточно регулировать ее прорезывание только одной правой рукой, положенной на промежность, задерживая таким путем преждевременное разгибание головки (рис. 135).

Родившегося младенца кладут между ногами матери на специальный таз, предварительно прокипяченный и покрытый стерильной теплой пеленкой, сложенной вдвое; сверху ребенка покрывают еще одной пеленкой.

Из-под головы роженицы вынимают лишние подушки и придают женщине горизонтальное положение.

С техникой и методикой проведения родов нередко связано родовая травма новорожденных (внутричерепные кровоизлияния, переломы). Если ручное пособие при прорезывании головки проводится грубо, если акушерка давит пальцами на головку, это может привести к указанным осложнениям. У недоношенного младенца, стенки кровеносных сосудов которого недостаточно эластичны, при повышенном во время родов давлении в сосудах черепа трудно растягивающаяся промежность сама по себе, своим сопротивлением, может повести иногда к внутричерепным кровоизлияниям, не говоря уже об опасности, связанной с давлением пальцами акушерки на головку. Во избежание подобного осложнения в таких случаях рекомендуется устранить чрезмерное противодействие, для чего применяют операцию рассечения промежности (перинеотомию) (стр. 498).

Еще в 1892 г. русский акушер Кетлинский, чтобы устранить травмирующее действие приема родов (повидимому, грубого приема), предлагал проводить роды без «защиты промежности».

За последние годы некоторые советские акушерские клиники и родильные дома стали проводить преждевременные роды «без защиты промежности». При этом отмечают, что родовые травмы новорожденного встречаются значительно реже (в 3—4 раза).

Ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным; оно имеет целью прежде всего помочь рождению здорового ребенка, не причиняя ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целостность газового дна. Только так нужно понимать термин «защита промежности».

Значительно реже наблюдаются разрывы промежности у женщин, с которыми во время беременности была своевременно и правильно проведена психопрофилактическая подготовка к родам.

Профилактика бленорреи. Проходя через половые пути больной гонорреей матери, ребенок может заразиться бленорреей. Бленорройные заболевания глаз могут в некоторых случаях привести к слепоте, и это обстоятельство делает применение профилактического метода вполне оправданным.

Вымыв руки и протерев их спиртом, акушерка сначала стерильной ваткой протирает веки ребенка, затем пальцами одной руки осторожно оттягивает нижнее веко и другой рукой из стеклянной пипетки наносит на вывороченную слизистую века 1 каплю 2% раствора ляписа (азотнокислого серебра) (рис. 142). После этого веко осторожно отпускают, чтобы не выжать впущенную каплю раствора из конъюнктивального

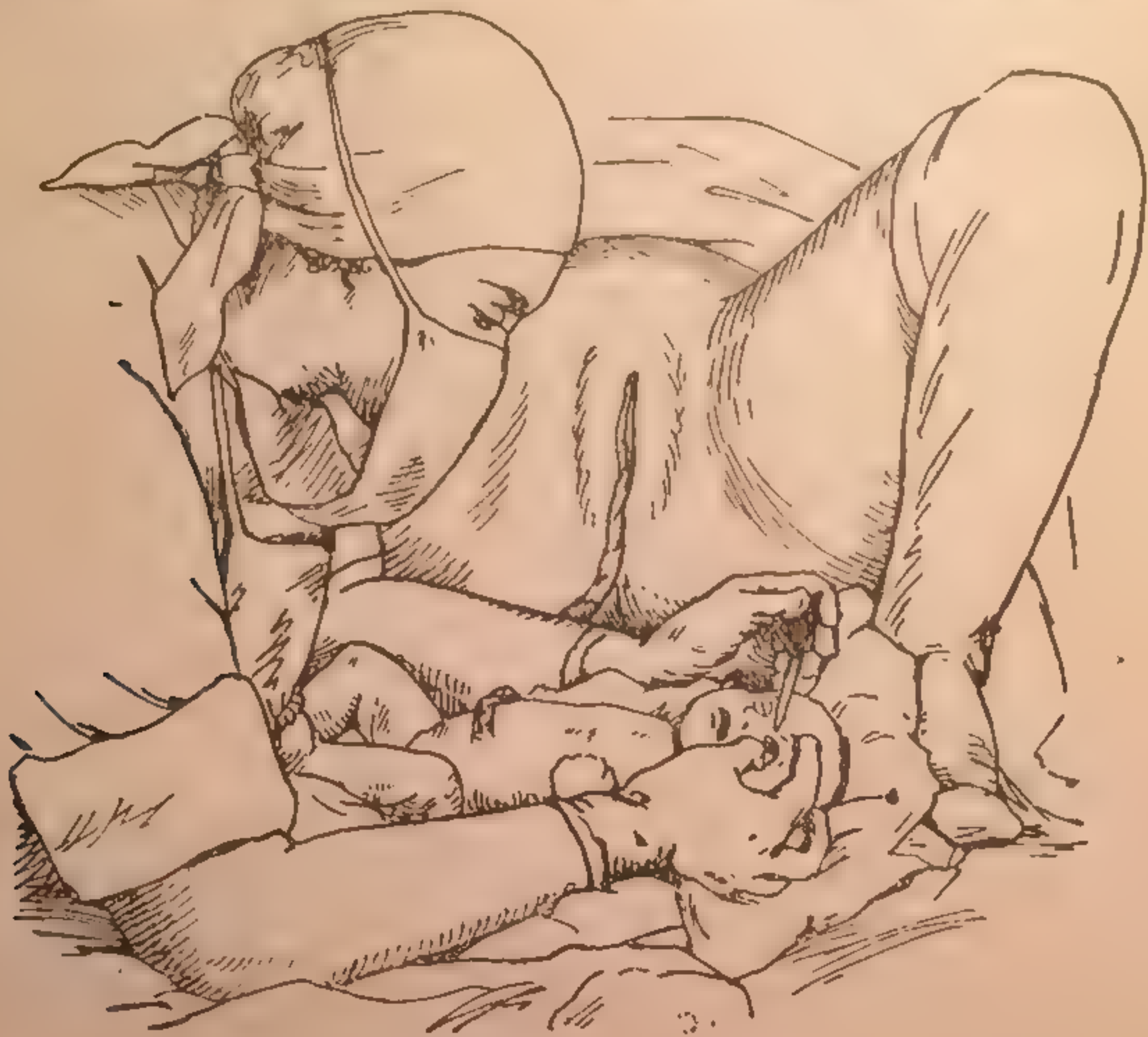


Рис. 142. Вкапывание на конъюнктиву глаза новорожденного одной капли 2% раствора ляписа.

мешка. Промывать глаза после вкапывания раствора ляписа не следует.

С тех пор как этот метод, впервые предложенный А. Ф. Матвеевым в 1853 г., введен в практику, гонорройные заболевания глаз у новорожденных не отмечаются; проведение этого профилактического метода является обязательным при всех родах.

Раствор 2% ляписа должен быть свежим, его необходимо ежедневно менять и хранить в темной склянке с притертой пробкой с надписью «Для новорожденных» и подробной прописью состава.

Пипетки стерилизуют, и для каждого ребенка берут отдельную сухую пипетку.

Перевязка пуповины. После прекращения пульсации сосудов пуповины последнюю перевязывают толстым хирургическим шелком или тонкой стерильной марлевой тесемкой или накладывают два металлических стерильных зажима — один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, а другой несколько дальше (рис. 143).

Нельзя пользоваться для перевязки пуповины тонкой ниткой, так как она может прорезать пуповину вместе с ее сосудами.

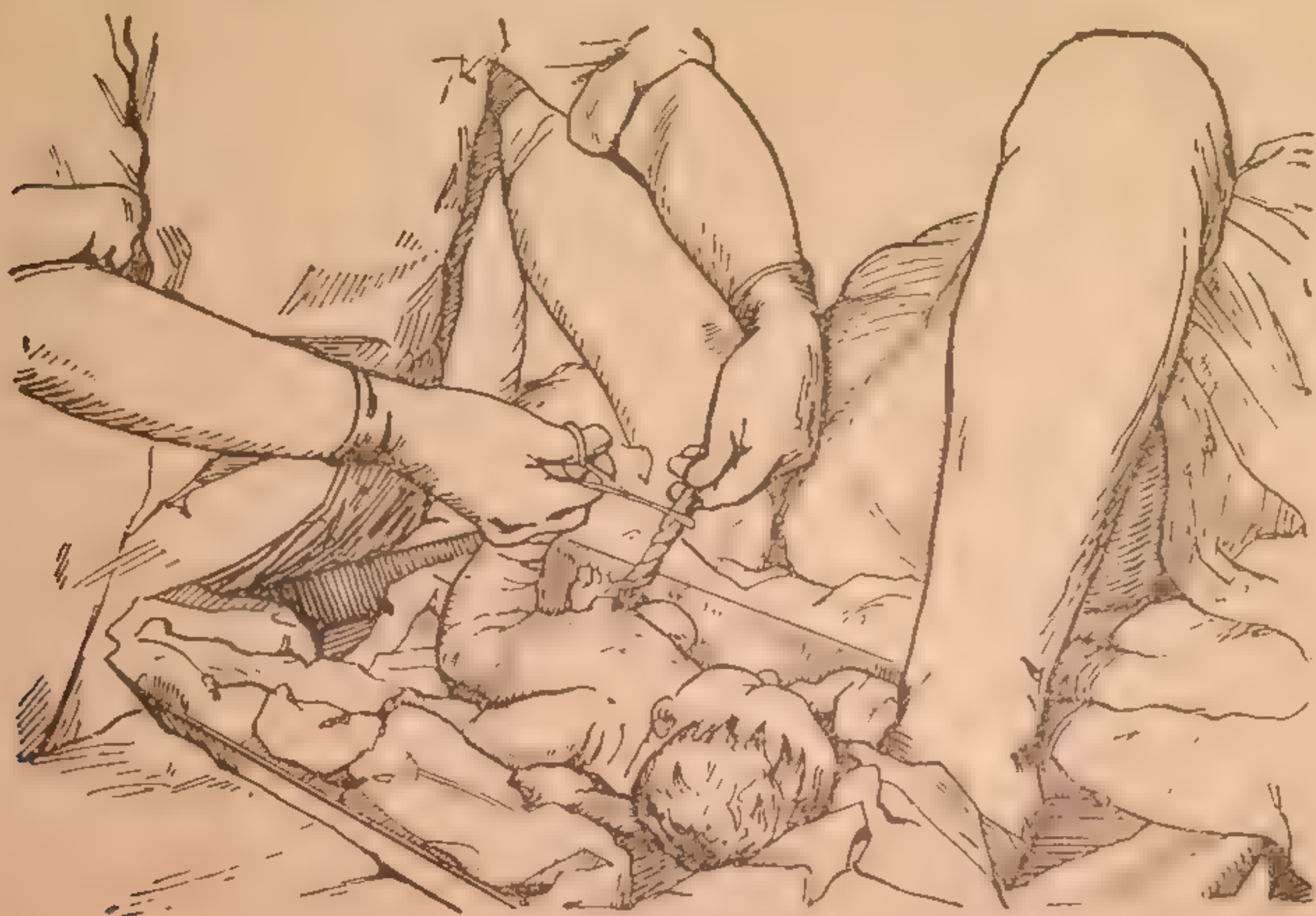


Рис. 143. Наложение клеммы на пуповину.

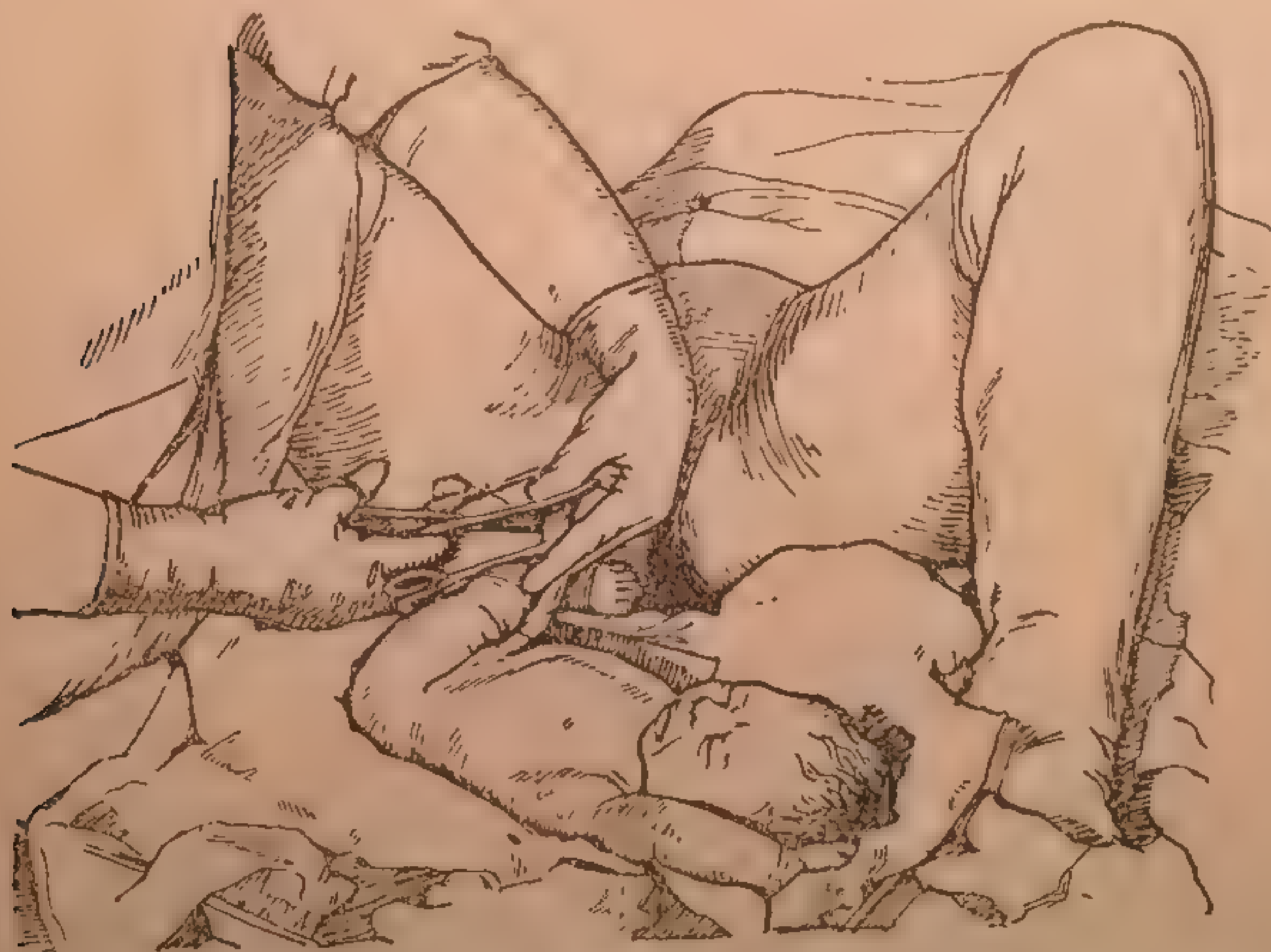


Рис. 144. Рассечение пуповины между двумя наложенными на нее клеммами.

Отрезок пуповины между перевязками или зажимами протирают марлей (на стерильном пинцете), смоченной в 95° спирту, после чего пуповину в этом месте перерезают стерильными ножницами, лучше с закругленными концами, чтобы не поранить

младенца (рис. 144). Поверхность разреза плодового конца пуповины смазывают йодом и накладывают на него стерильную марлевую салфетку.

Тут же, на родильной кровати, акушерка надевает на обе ручки ребенка клеенчатые браслетки (рис. 145), на которых обозначен пол ребенка, фамилия и имя матери, номер истории родов и дата рождения. Одновременно матери показывают ребенка и сообщают, кого она родила — мальчика или девочку.



Рис. 145. Надевание клеенчатой браслетки на ручку ребенка.

Затем ребенка завертывают в чистую стерильную пеленку, сверху покрывают чистым одеяльцем и укладывают на теплый пеленальный стол или в чистую кровать, где проводится первый туалет новорожденного.

Конец пуповины, оставшийся у матери, прикрывают стерильной ватой или марлей, пупочный канатик опускают в специально поставленный тазик, в который собирают вытекающую в последровом периоде плацентарную кровь. Под роженицей сменяют подкладную простыню и клеенку. Если кровотечения нет, роженицу оставляют в покое, укрыв ее простыней, а сверху одеялом.

У многих рожениц в это время появляется озноб; в этих случаях женщину укрывают еще одним одеялом.

В истории родов немедленно отмечают пол ребенка, дату и час его рождения.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

В этом периоде нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Нужно следить, все ли обстоит благополучно, т. е. нет ли кровотечения, как наружного, так и внутреннего, контролировать характер пульса (учащение и ослабление, степень наполнения).

Необходимо следить за общим состоянием роженицы, за появлением схваток, за изменением формы матки (стр. 192) и за высотой стояния ее дна (рис. 146).

Без показаний не следует прикасаться к матке руками: механическое раздражение вызывает сокращение ее в отдельных участках, что нарушает нормальное течение последового периода, ведет к ущемлению плаценты и к кровотечению.

Женщина должна помочиться, так как переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода.

По частоте и особенно по тяжести осложнений последовый период является чрезвычайно ответственным. При наличии тяжелых осложнений, при кровотечении в последовом периоде необходима немедленная помощь, без которой роженице иногда угрожает смерть. Целого ряда тяжелых осложнений в этом периоде можно избежать, если правильно проводить последовый период.

Тотчас же после рождения ребенка объем матки значительно уменьшается; никаких болей, никакого кровотечения нет; женщина лежит спокойно, пульс ровный, медленный. Спустя 10—15 минут появляются боли внизу живота; иногда женщина заявляет, что у нее снова появились схватки. Эти схваткообразные сокращения матки ведут к отслойке детского места. Матка становится длиннее и уже и дном своим поднимается все выше-вверх, достигая иногда правого подреберья (рис. 146). В этом периоде родов обычно происходит небольшая кровопотеря, не превышающая 300—400 мл. Чтобы избежать или уменьшить и такую кровопотерю в последовом периоде, некоторые акушеры

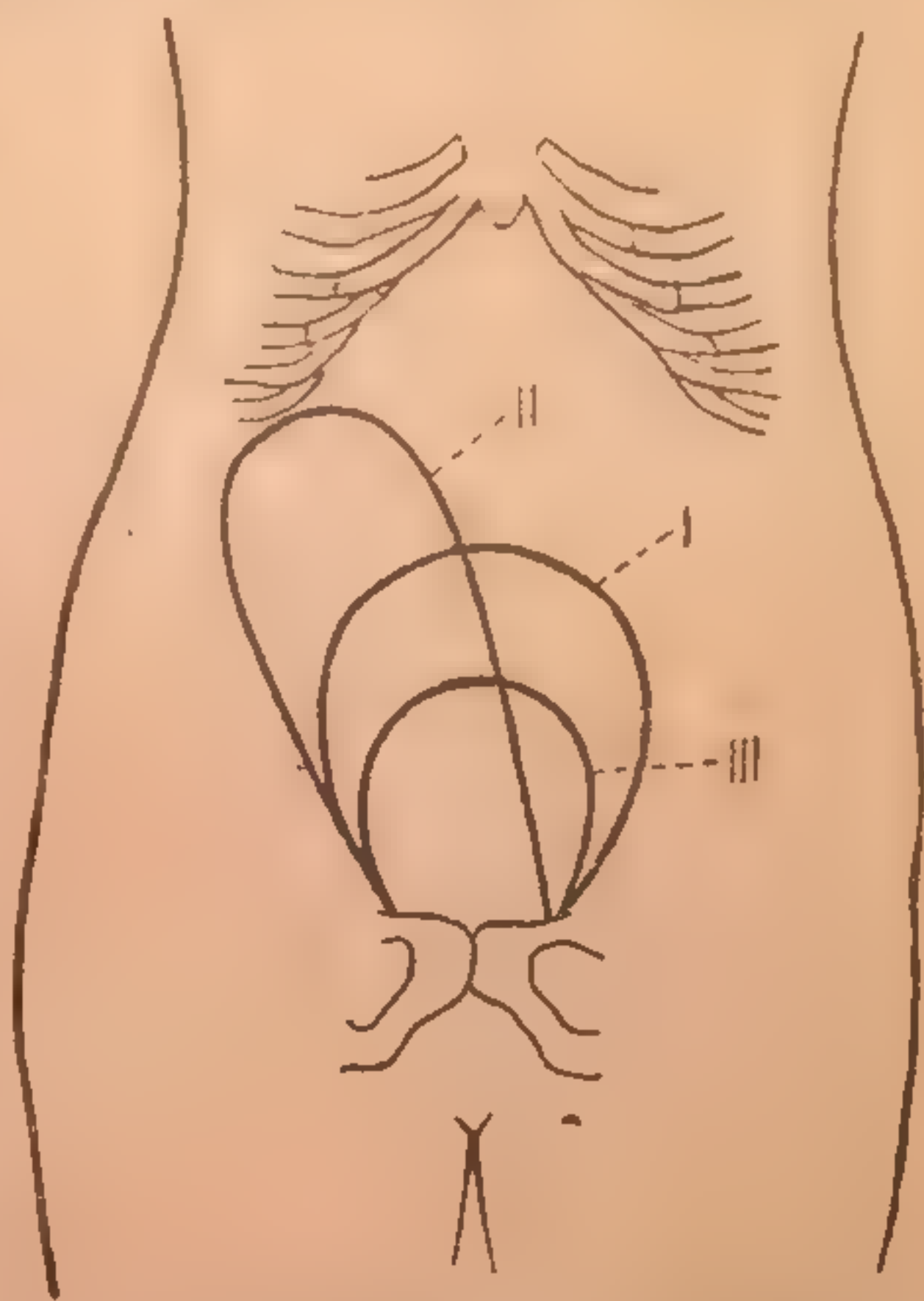


Рис. 146. Форма и положение матки в различные фазы последового периода.

рекомендуюг сейчас же после рождения ребенка здоровым роженицам вводить 0,5—1 мл питуитрина под кожу.

Последовый период, если он не сопровождается кровотечением, необходимо проводить строго выжидательно.

При отсутствии кровотечения, если плацента не отслоилась, выжидают в течение 2 часов. Если плацента отслоилась, лежит во влагалище, то ее следует удалить.

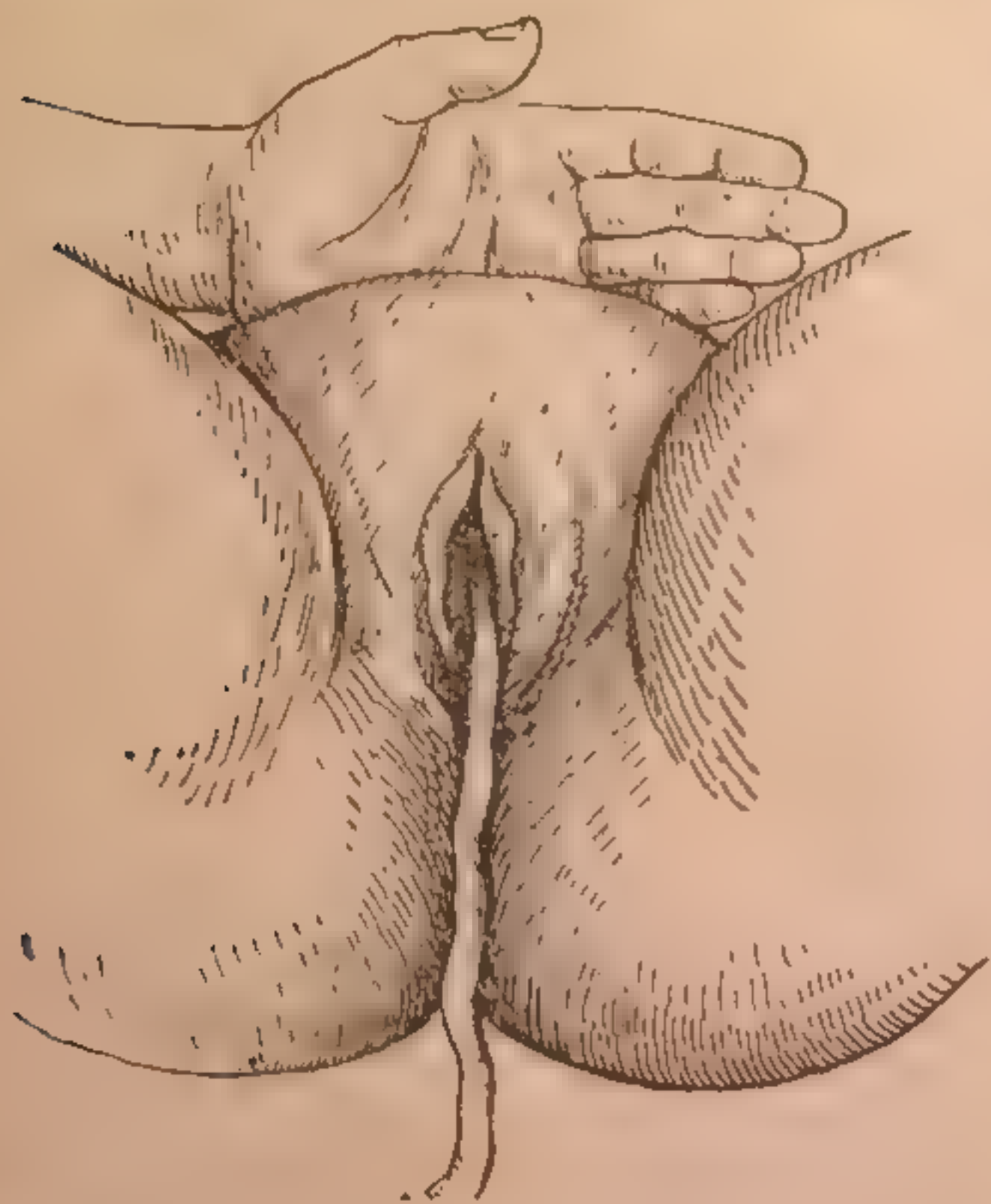


Рис. 147. Нажатие ребром ладони над симфизом.

Чтобы определить, отслоилась плацента или нет и находится ли она во влагалище, роженице предлагают помочиться, после чего руководствуются описанными ниже признаками.

Признаки отслойки плаценты. Путем наружного исследования можно определить, отслоилась ли плацента и находится ли она во влагалище.

1. Если плацента отслоилась и опустилась во влагалище, матка становится узкой и удлиненной, дно матки высоко поднимается, достигая иногда подреберья, чаще правого (рис. 146); над лобком образуется выпячивание.



Рис. 148. Плацента не отслоилась — пуповина втягивается во влагалище.



Рис. 149. Плацента отслоилась — пуповина спускается из влагалища.

2. При надавливании ребром ладони в глубину над лонным сочленением (рис. 147), если плацента не вышла из матки, сжимающая из влагалища пуповина втягивается обратно во влага-

лище (рис. 148). Если же плацента вышла из матки и находится уже во влагалище, при таком надавливании пуповина обратно не втягивается (рис. 149).

3. При отслоившейся плаценте опускается свисающая снаружи пуповина, вместе с ней опускается и лежащая на ней перевязка.

Поэтому, когда перевязывают материнский конец пуповины, следует наложить перевязку или зажим вблизи от входа во влагалище.

Обычно, когда плацента отслаивается и выходит во влагалище, она своей тяжестью давит на заднюю стенку влагалища, что рефлекторно вызывает у женщины желание тужиться.

Если плацента еще в матке и кровотечения нет, женщину оставляют в покое и не вмешиваются, ожидая самостоятельной отслойки. Если плацента вышла из матки и лежит



Рис. 150. Выделение отделившегося последа — прием Абуладзе.

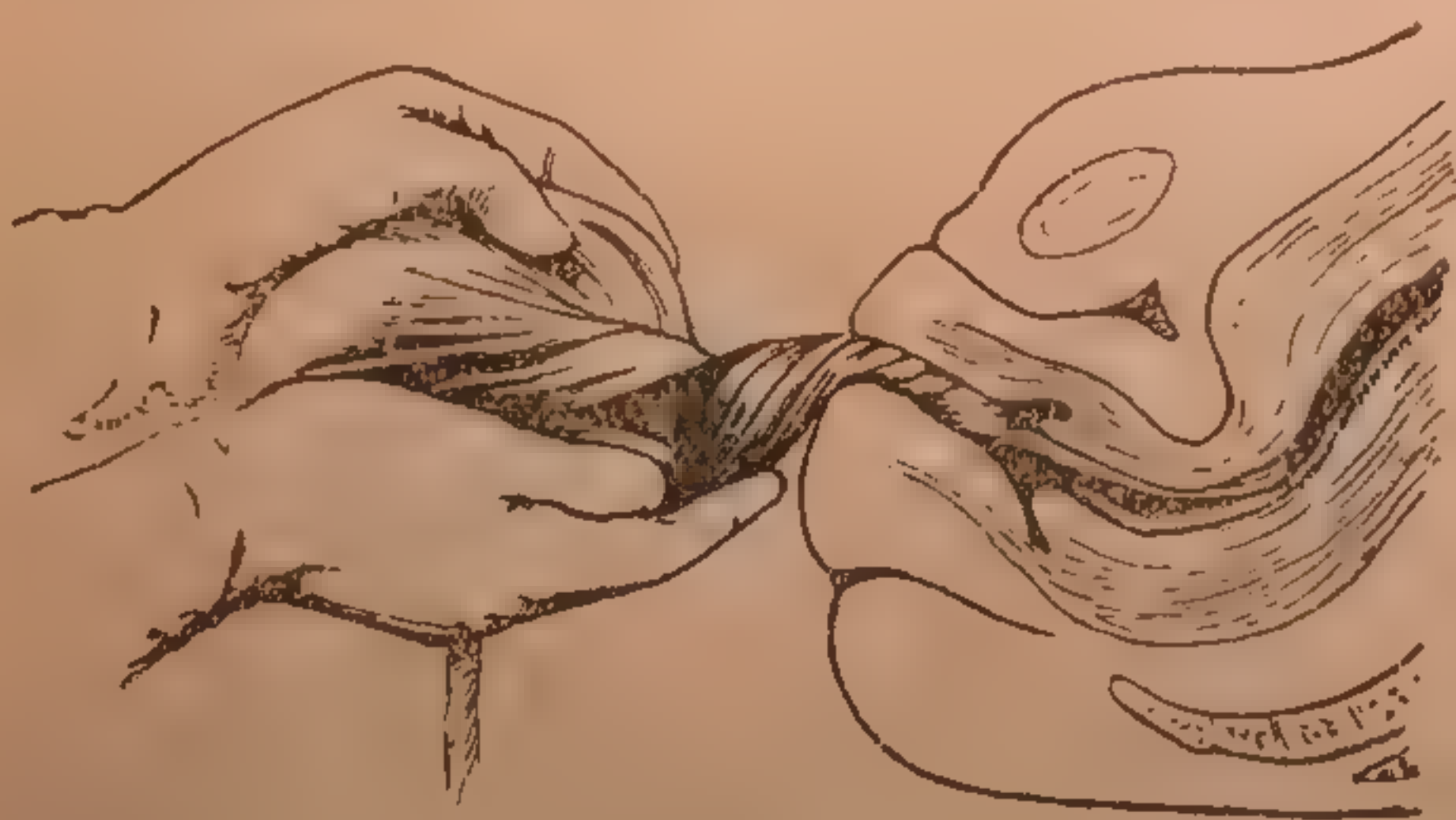


Рис. 151. Вращение последа в одну сторону. Оболочки закручивают в канатик.

во влагалище, что определяется на основании указанных признаков, ее следует удалить. Для этого женщину просят потужиться; если же при этом плацента не выходит, то, положив ладони на живот, надавливают на него и одновременно просят женщину потужиться; надавливанием на стенку живота способствуют

повышению внутрибрюшного давления и выхождению последа из влагалища.

Вместо надавливания применяется прием Абуладзе (рис. 150): двумя руками захватывают брюшную стенку в продольную высокую складку и просят женщину тужиться.

Если эти способы не приводят к цели, а плацента действительно находится во влагалище, применяют выжимание. Для этого, после опорожнения мочевого пузыря, матку выводят на середину и массируют ее, затем правой рукой обхватывают сократившуюся матку так, чтобы большой палец лежал на передней стенке матки, ладонь — на дне ее, а все остальные пальцы — на задней стенке. Матку сжимают в ладони и одновременно оттесняют книзу, в сторону половой щели (рис. 292).

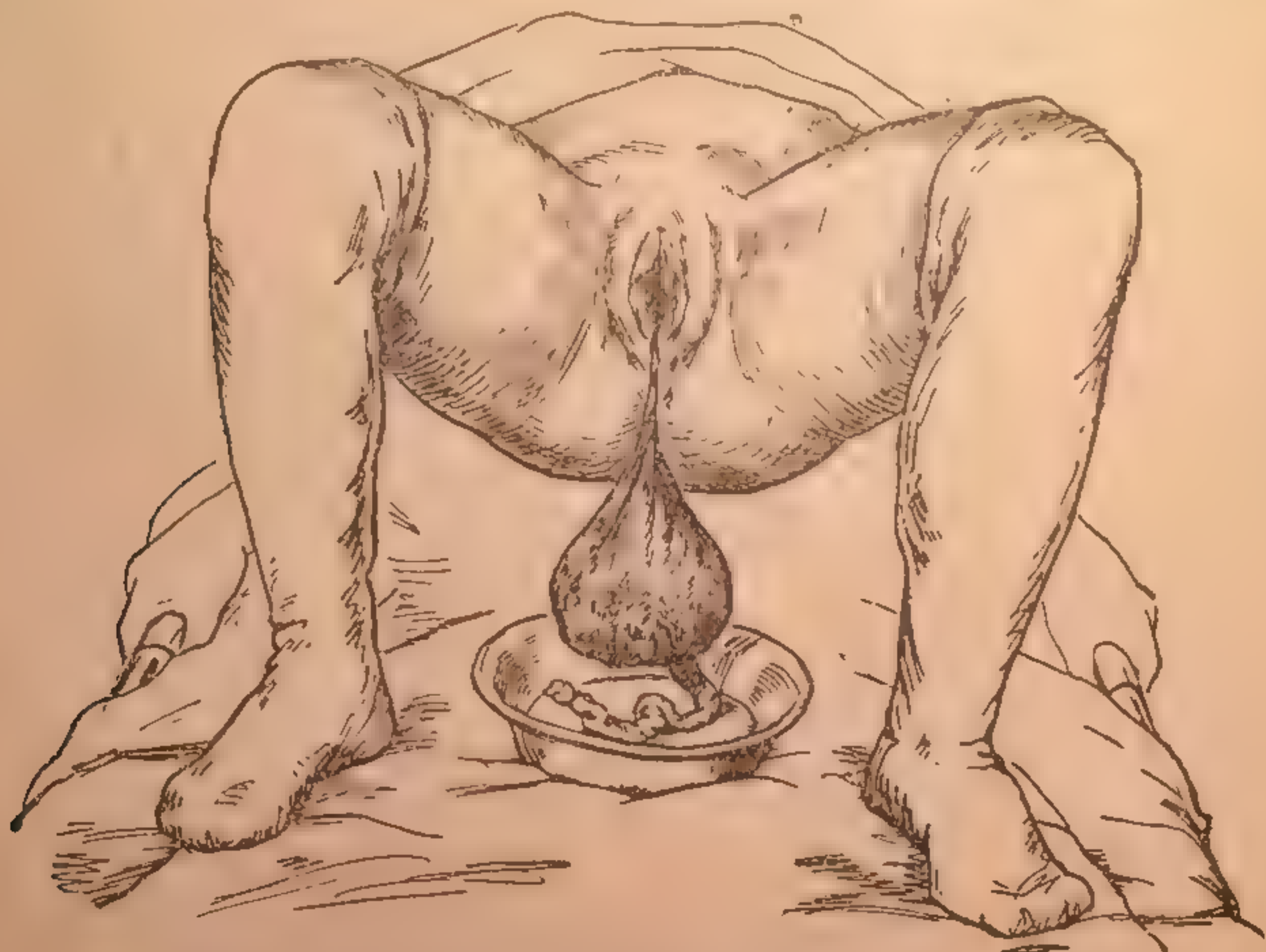


Рис. 152. Самостоятельное отделение оболочек тяжестью свисающей плаценты при поднятии тазовой области.

Вышедшее из влагалища детское место принимают чисто вымытыми руками; детское место, ввернутое в оболочки, медленно вращают в одну сторону, закручивая оболочки в канатик (рис. 151). Этот прием помогает полностью вывести оболочки, постепенно отделяя их от стенок матки, иначе они могут оборваться и часть их останется в матке.

Можно выделить полностью оболочки, совершенно не касаясь руками детского места; для этого, как только детское место вышло из влагалища, просят женщину опереться на ступни и приподнять таз; свисая, детское место своей тяжестью отслаивает целиком оболочки (рис. 152).

После выхождения последа, т. е. детского места (плаценты) с пуповиной и оболочками, необходимо внимательно осмотреть целостность детского места и оболочек (рис. 153—157). Если не хватает плацентарной дольки или части ее, необходимо задержавшуюся часть удалить из полости матки рукой или инструментом, что делает врач. Если врача нет, при наличии кровотечения аку-

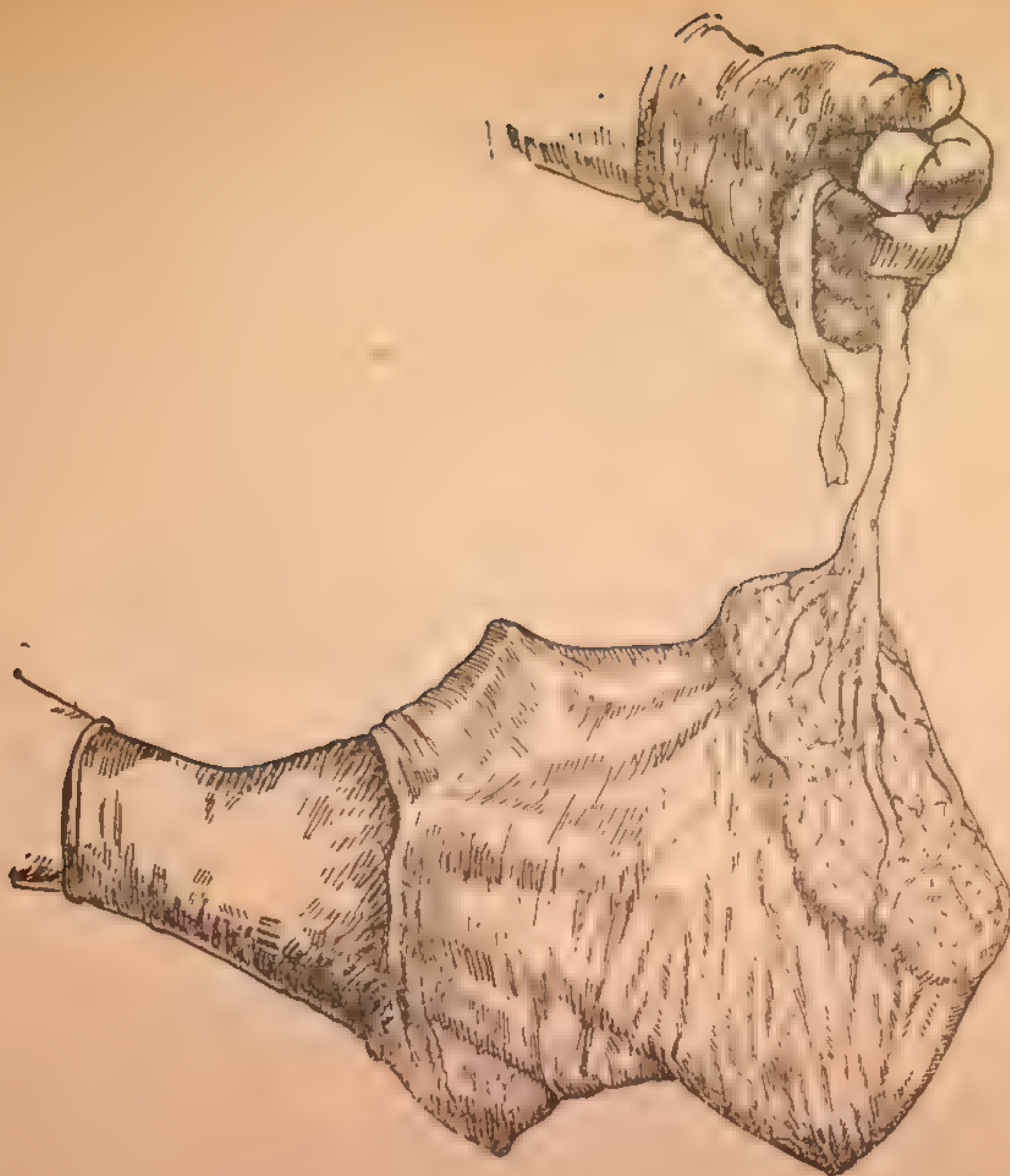


Рис. 153. Осмотр оболочек.



Рис. 154. Идущие по оболочкам сосуды указывают на наличие добавочной дольки плаценты.

шерке разрешается тотчас же самой удалить рукой задержавшуюся плацентарную дольку (о чем будет сказано в главе XXVII).

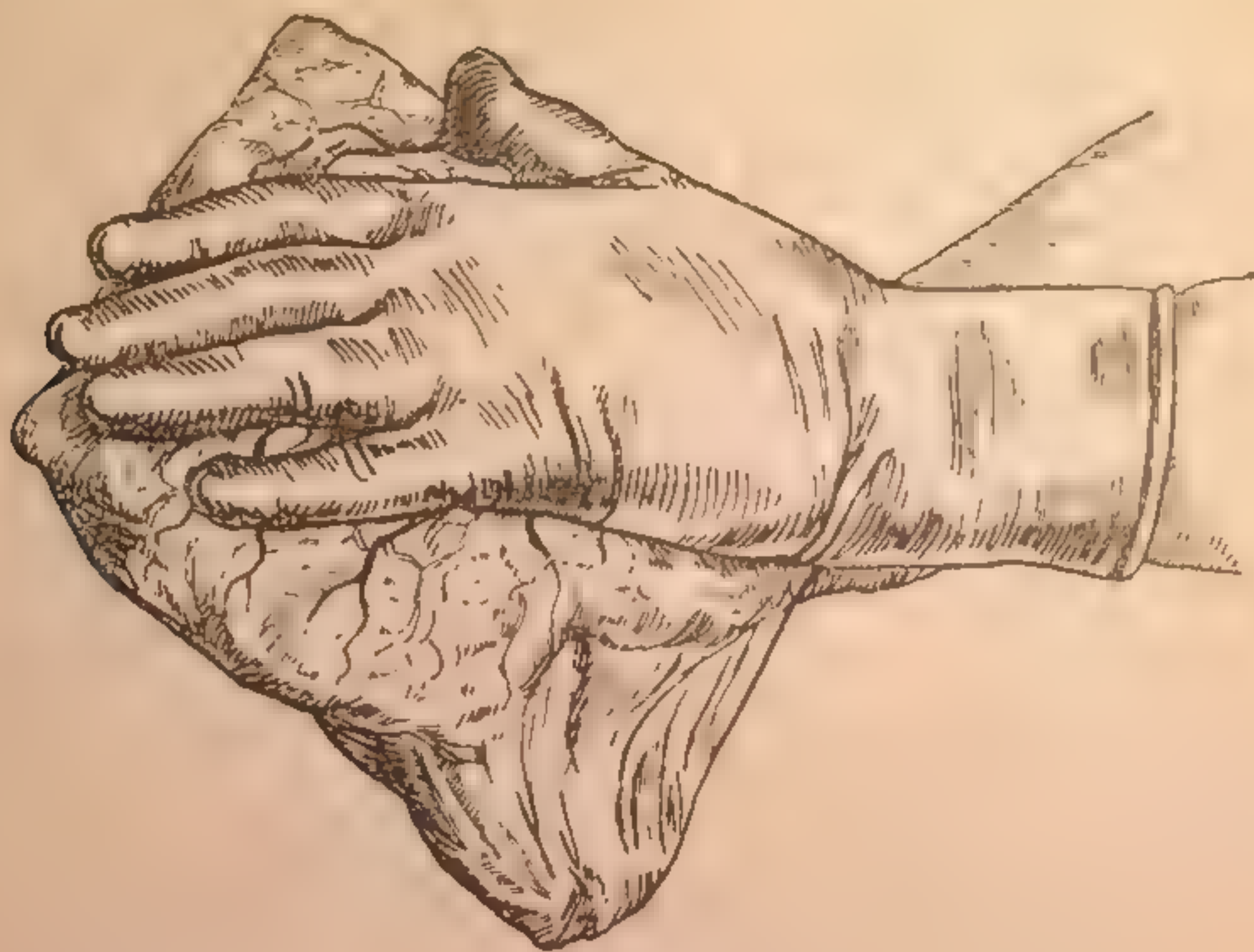


Рис. 155. Осмотр материнской стороны плаценты (первый момент).



Рис. 156. Осмотр материнской стороны плаценты (второй момент).

При осмотре оболочек обращают внимание на их целостность, не проходят ли по оболочкам кровеносные сосуды, что имеет место при добавочной дольке плаценты (рис. 154). Если проходящие по оболочкам сосуды на пути своем обрываются и нет добавочной дольки плаценты, к которой шли эти сосуды, — значит

долька задержалась в матке и ее надо удалить. Недостающие оболочки, если нет кровотечения, можно не удалять — обычно они в первые 3—4 дня послеродового периода выходят самостоятельно. Однако в истории родов необходимо указать на дефект

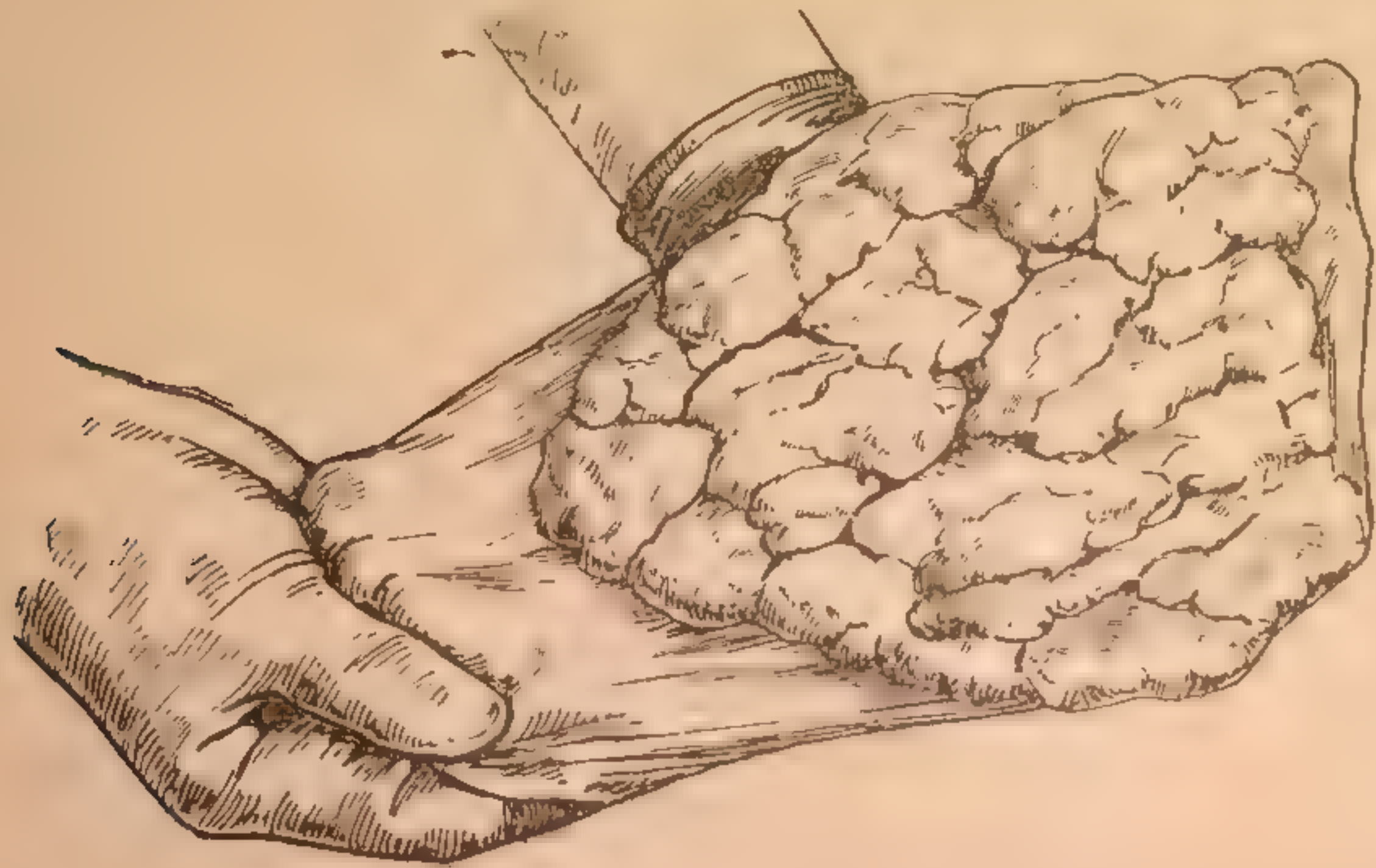


Рис. 157. Осмотр материнской стороны плаценты (третий момент).

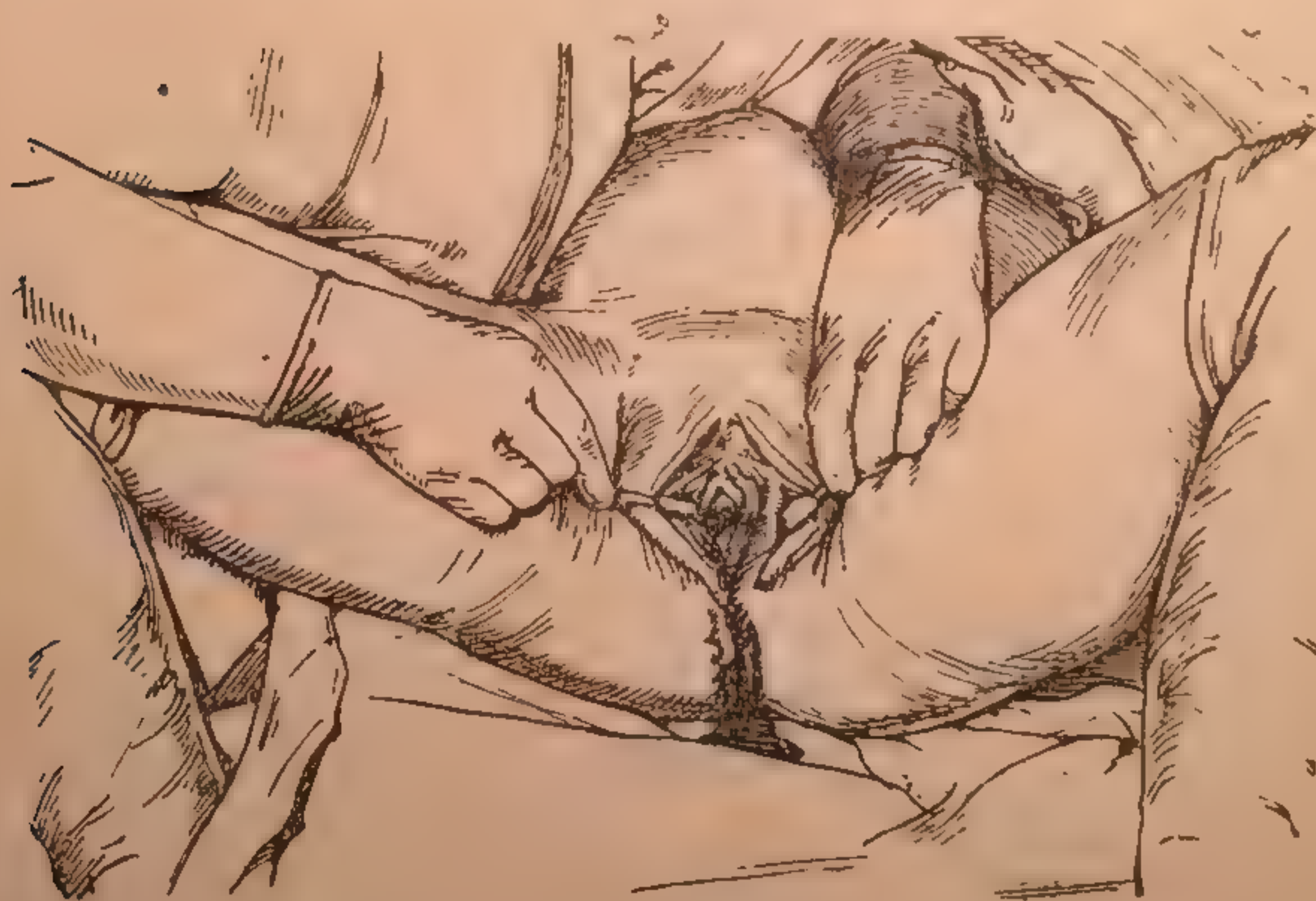


Рис. 158. Осмотр наружных половых органов, входа во влагалище и промежности (после родов).

оболочек для того, чтобы за родильницей велось особое наблюдение.

Послед после осмотра дежурным врачом уносят из родильного зала.

В родильном отделении больницы, где нет круглосуточного дежурства врача, последний осматривает последы сразу после прихода в родильное отделение. Последы должны сохраняться в

х целост, не
имеет меду
проходяще
нет добавоч
ды, — значит

металлических лотках, каждый отдельно, с приложенной запиской, где указаны фамилия, имя, отчество родильницы, дата родов и номер истории родов; указанные металлические лотки устанавливают в закрывающемся металлическом ящике; местом хранения этого ящика-бака обычно является грязная бельевая.

В крупных родильных домах для уничтожения последов имеются специальные кремационные печи; там, где таких печей нет, последы ежедневно вывозят. Баки для временного хранения последов следует ежедневно дезинфицировать.

После рождения последа родильницу подмывают дезинфицирующим раствором (слабым раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000 или 1—2% раствором лизоформа). Затем чисто вымытыми руками при помощи стерильных тампонов на стерильной палочке или на пинцете раздвигают половую щель (рис. 158) и осматривают вход во влагалище, чтобы удостовериться, нет ли разрыва слизистой оболочки входа или разрыва промежности, который надо обязательно зашить. Незащитые своевременно разрывы промежности ведут в дальнейшем к опущению и выпадению половых органов, опущению мочевого пузыря с нарушением его функции, а иногда и к опущению и выпадению прямой кишки.

После родов женщина обычно остается еще 2—3 часа в родильной комнате. Делается это из тех соображений, что в первые часы после выхождения последа не исключена возможность кровотечения, а в родильном зале лучше обеспечено наблюдение за родильницей. Родильница, переодетая в чистую рубашку, лежит на чистом постельном белье, сверху покрытая одеялом. При этом следят за ее пульсом, за состоянием матки и за характером выделений.

После нормальных родов пульс бывает нормальной частоты и хорошего наполнения; матка плотная, хорошо сократившаяся, выделения кровянистые, незначительные.

В это время родильницу следует напоить горячим чаем или кофе. По истечении 2—3 часов, если все нормально, родильницу переводят в послеродовую палату, куда передается палатной акушерке и история родов.

Принимая историю родов, палатная акушерка проверяет, есть ли в ней подпись врача. Это важно для того, чтобы убедиться в том, что врач осмотрел родильницу, послед и проверил, как заполнена история родов.

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ АСФИКСИИ И МЕТОДЫ ОЖИВЛЕНИЯ РОДИВШЕГОСЯ В АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Профилактика внутриутробной асфиксии плода. При нарушении плацентарного кровообращения уменьшается поступление кислорода к плоду, и у него развивается относительное кислородное голодание, которое может привести к внутриутробной

асфиксии. Подобное осложнение может иметь место при продолжительных родах, при родах с длительным безводным периодом, при частичном прижатии пуповины, при преждевременной отслойке детского места, при родах в тазовом предлежании плода, после произведенного поворота на ножку, при спазматическом характере схваток, при повышении температуры у роженицы и при некоторых заболеваниях — таких, как, например, грипп, воспаление легких, декомпенсированный порок сердца, хроническое или острое малокровие и др.

Впрочем, и независимо от упомянутых моментов, к концу беременности и особенно к сроку наступления родов снабжение плода кислородом несколько ухудшается. Малейшие нарушения в течении родового акта, нарушения в состоянии здоровья роженицы отражаются на состоянии внутриутробного плода.

Первые признаки кислородного голодания плода проявляются в изменении характера его сердцебиения.

Нормальное сердцебиение плода ясное, ритмичное, 120—130 ударов в минуту. При каждой схватке, поскольку она ведет к сжатию кровеносных сосудов, проходящих в стенке матки, отмечается замедление сердцебиения плода, выравнивающееся по окончании схватки. Это так называемое «физиологическое» замедление сердцебиения плода; поэтому сердцебиение плода надо всегда прослушивать в паузе между схватками. В периоде раскрытия, когда плодный пузырь еще цел, сильного сжатия сосудов матки при схватках не наблюдается, и плод страдает очень мало. При отошедших водах и в периоде изгнания, вследствие уменьшения плацентарной площадки и сильного сжатия маточных сосудов, нарушается маточно-плацентарно-плодовое кровообращение; при схватке отмечается значительное замедление сердцебиения плода.

Нормально в промежутках между схватками сердцебиение плода колеблется в пределах 110 (минимально) и 140 ударов (максимально) в минуту.

При начинающейся внутриутробной асфиксии частота и ритм сердцебиения у плода меняются, сердцебиение вначале учащается, достигая в промежутке между схватками 150 и больше ударов в минуту, а затем, наоборот, значительно урежается, снижаясь в промежутке между схватками до 90 ударов, причем звучность сердечных тонов, которые становятся как бы стучащими, вначале повышается, что связано с повышением кровяного давления у плода в этой фазе асфиксии. Таким образом, учащение сердцебиения плода, не выравнивающееся и после схватки, является первым сигналом начинающейся асфиксии. Помимо изменения частоты, отмечаются изменения интенсивности и ритма; затем сердечные удары становятся глухими и аритмичными, с выпадениями. Вследствие значительного недостатка кислорода и накопления углекислоты, у плода появляются преждевременные дыхательные движения; он аспирирует слизь, околоплодные воды.

Чтобы во-время заметить угрожающую плоду асфиксию, надо внимательно, каждые 10—15 минут, а при отошедших водах каждые 5 минут, выслушивать сердцебиение плода.

При наличии тех или иных отклонений в течении родового акта, которые могут повлечь за собой внутриутробную асфиксию плода, и тем более при наличии первых признаков нарушения газообмена — угрожающей асфиксии, необходимо немедленно провести профилактические мероприятия, разработанные советскими акушерами В. Н. Хмелевским, А. П. Николаевым и М. М. Тюриной.

Применение комбинированного метода профилактики внутриутробной асфиксии диктуется исключительной чувствительностью центральной нервной системы плода, особенно коры головного мозга, к недостатку кислорода.

Состояние дыхательного и сосудодвигательного центра мозга в значительной мере определяет длительность выживания организма при кислородном голодании. Недостаточное поступление кислорода в известной степени может компенсироваться повышением способности организма плода и прежде всего тканей мозга к поглощению кислорода.

Известно, что насыщение ткани мозга сахаром в значительной мере повышает способность этой ткани поглощать кислород; сахар повышает выносливость центральной нервной системы к кислородному голоданию.

Отмечено, что при внутриутробной асфиксии у плода имеют место нарушения кровообращения в мозгу, застойные явления, обусловленные переполнением капилляров кровью. Предупредить нарастание подобных явлений, устранить их на известный период можно путем введения в организм матери веществ, возбуждающих сосудодвигательный центр плода. Наиболее эффективным в этом отношении оказывается кардиазол или коразол.

Таким образом, метод «триада» сводится к усиленному снабжению кислородом организма матери, а стало быть, и плода путем назначения матери вдыханий кислорода, к повышению способности вещества мозга поглощать кислород из крови, что достигается путем внутривенного (или *per os*) введения матери глюкозы и устранению застойных явлений в головном мозгу и в других жизненно важных органах плода путем внутривенного или подкожного введения в организм матери коразола.

Комбинированный метод Николаева состоит в следующем. Роженице каждые 5 минут дают дышать кислородом из кислородной подушки вплоть до полного выравнивания сердцебиения плода. Одновременно вводят внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы или дают выпить стакан горячей воды, в которой растворено 50 г порошка глюкозы или 5 кусков сахара; внутривенно вводят 1 мл 10% раствора кардиазола или коразола, либо кардиазол вводят внутримышечно, но в двойной дозе (2 мл).

Ко всему перечисленному рекомендуется еще дать роженице внутрь 0,3 (300 мг) аскорбиновой кислоты, разведенной в полустакане горячей воды.

Уже после первого «тура» обычно восстанавливается нормальный ритм и частота сердцебиения плода. Через час, а если первый «тур» не дал эффекта, то через 10—15 минут все это необходимо повторить еще раз.

Если сердцебиение плода не улучшается, ребенку угрожает нарастающая асфиксия и внутриутробная смерть. В подобных случаях необходимо срочное родоразрешение (в зависимости от состояния родовых путей, характера предлежания и места расположения предлежащей части плода), для чего акушерка немедленно вызывает врача, продолжая давать роженице вдыхать кислород и еще раз вводит внутримышечно 1 мл кордиазола.

Оживление родившегося в асфиксии новорожденного. Соответственно внешнему виду родившегося в асфиксии ребенка различают две степени асфиксии: первая степень иначе называется *синей асфиксией* — кожа младенца синеватого цвета, мышцы расслаблены. Внимательно всматриваясь в левую половину грудной клетки, можно заметить сердечные толчки; приложив пальцы руки к левой сосковой области младенца, ощущают удары сердца.

При асфиксии второй степени, называемой иначе *бледной асфиксией*, младенец рождается бледным, губы его слегка синюшны. Головка и конечности свисают, как плети, рефлексов нет, а самое главное, сердечная деятельность его резко ослаблена. Бледная асфиксия — наиболее тяжелый вид асфиксии.

Мероприятия для оживления новорожденного. При оживлении новорожденного, родившегося в асфиксии, необходимо строго придерживаться следующего порядка. Прежде всего нельзя охлаждать ребенка и не надо торопиться его отделять от матери; следует учитывать, что плод продолжает еще некоторое время получать кислород через плаценту, поэтому роженице дают вдыхать кислород; ребенка помещают в ванночку с теплой водой, установленную на кровати между ногами роженицы (И. С. Легенченко). Верхние дыхательные пути ребенка очищают от слизи, после чего легким массажем грудной клетки вызывают у него дыхательные движения. Если отмечается ослабление сердечной деятельности, принимают меры к ее усилению (подкожно вводят 0,3 мл кордиамина).

Дыхательные пути очищают следующим образом. Ребенка держат в теплой ванне на руках и поворачивают лицом вниз, вследствие чего слизь частично вытекает сама, затем сжатый стерильный резиновый баллон неглубоко вводят в рот младенца, и, разжимая его, осторожно высасывают слизь. Если этого оказывается недостаточно, слизь отсасывают при помощи баллона через эластический катетер, введенный в трахею (рис. 159). Наконечник сжатого резинового баллона вводят в

отверстие наружного конца катетера; баллон, расправляясь, высасывает содержимое верхних дыхательных путей. Если слизи много, отсасывание приходится производить повторно; для этого баллон вынимают, удаляют из него слизь и снова в сжатом виде вводят в наружное отверстие катетера. При отсасывании слизи из носа баллон только подносят к ноздрям, наконечник баллона в нос не вводят во избежание втягивания и разрыва слизистой оболочки полости носа. Пока верхние дыхательные пути очищают от слизи, ребенок остается в теплой (40°) ванне.

Надо помнить, что у многих детей, родившихся в асфиксии, отмечаются внутричерепные кровоизлияния. Поэтому необходимо

крайне бережно обращаться с таким ребенком; никакие поколачивания, подбрасывания, подвешивания и тому подобные приемы при этом недопустимы.

Чтобы ликвидировать явления синей асфиксии, перечисленных мероприятий обычно бывает вполне достаточно. После удаления слизи младенец, остающийся все время в теплой ванне, начинает хорошо дышать и кричать, после чего его отделяют от матери.

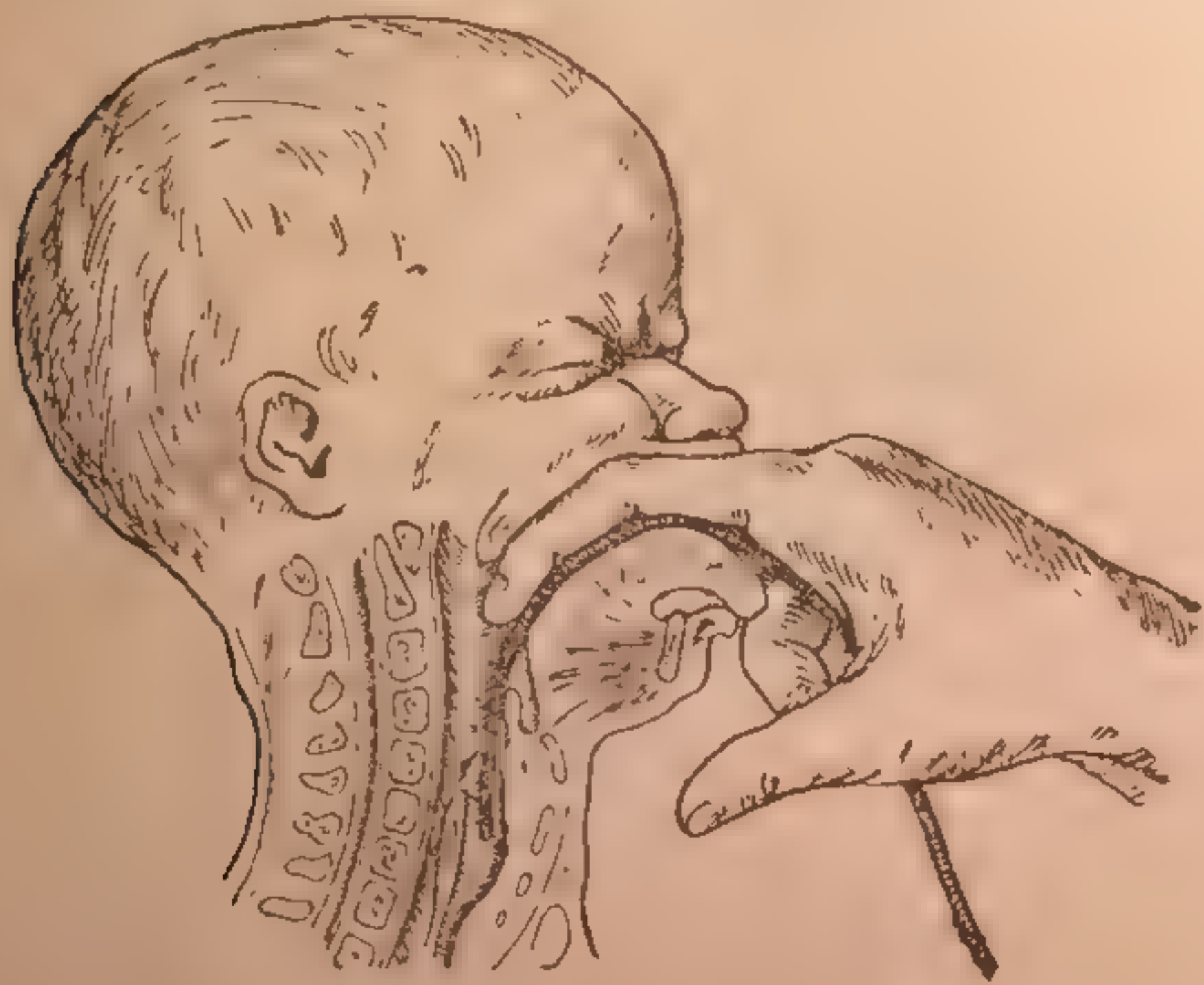


Рис. 159. Введение катетера для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей.

При бледной асфиксии вышеописанные мероприятия оказываются недостаточными, и порядок оживления в этих случаях будет несколько иной. Не охлаждая тела ребенка, прежде всего очищают, как указано, верхние дыхательные пути от слизи. Затем подкожно вводят 0,5 мл 10% раствора кофеина и 0,2—0,3 мл 1% лобелина или цититона, после чего отделяют ребенка от матери и, не теряя времени, приступают к искусственному дыханию.

Из существующих способов искусственного дыхания в практике оживления новорожденных применяется, как относительно менее травмирующий метод Сильвестра (рис. 160 и 161).

Метод Сильвестра. Ребенка кладут спиной на стол, покрытый стерильной салфеткой, причем головку, под которую подложена мягкая подкладка, слегка опускают, а обе ручки поднимают за предплечья вверх по обе стороны головки и держат в таком положении в течение нескольких секунд (вдох). Затем ручки опускают, сгибая в локтях и слегка бережно прижимая к боковым стенкам грудной клетки (выдох). Не следует эти дви-

жения производить слишком часто (не более 12 движений в минуту). В то время, когда проделывают указанные выше движения ручками, помогающий фиксирует (держит) ребенка за ножки. После 10—12 движений ребенка бережно опускают в теплую ванну. Если ребенок еще не дышит, спустя 1—2 минуты снова применяют оживление по методу Сильвестра.

Попытки оживить необходимо продолжать до тех пор, пока прослушивается хотя бы слабое сердцебиение плода. Нередки

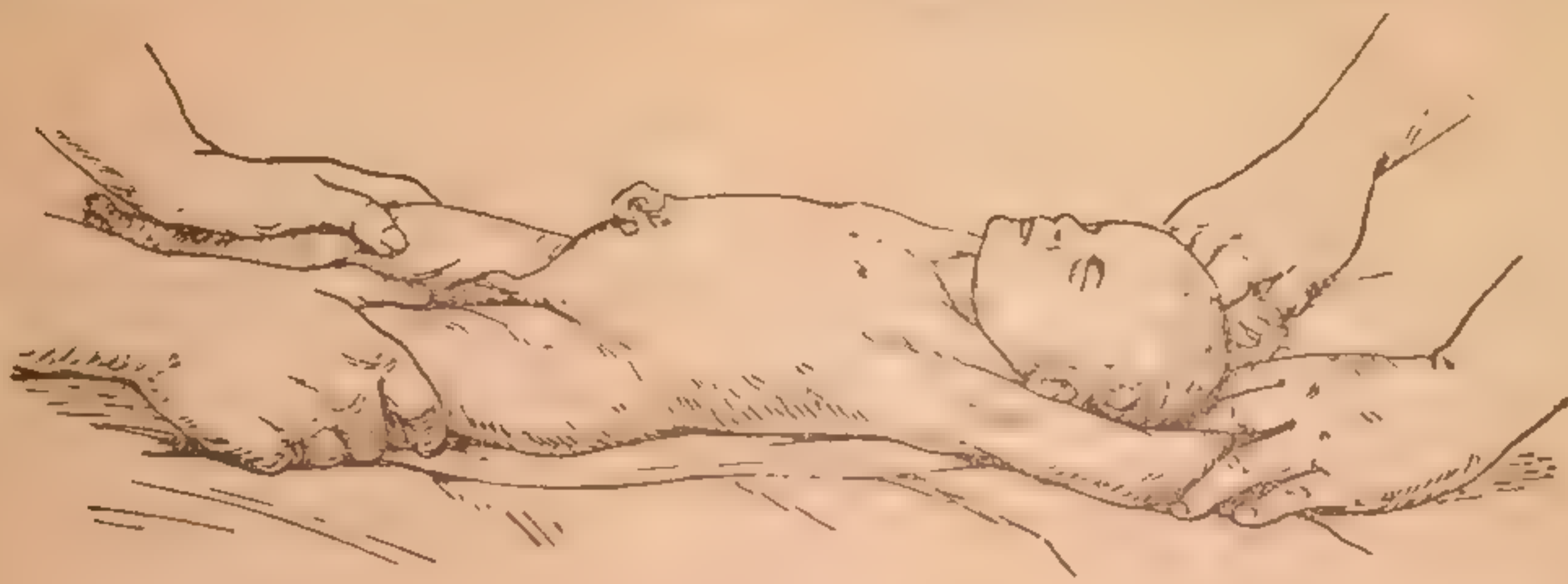


Рис. 160. Оживление плода по методу Сильвестра (первый момент).

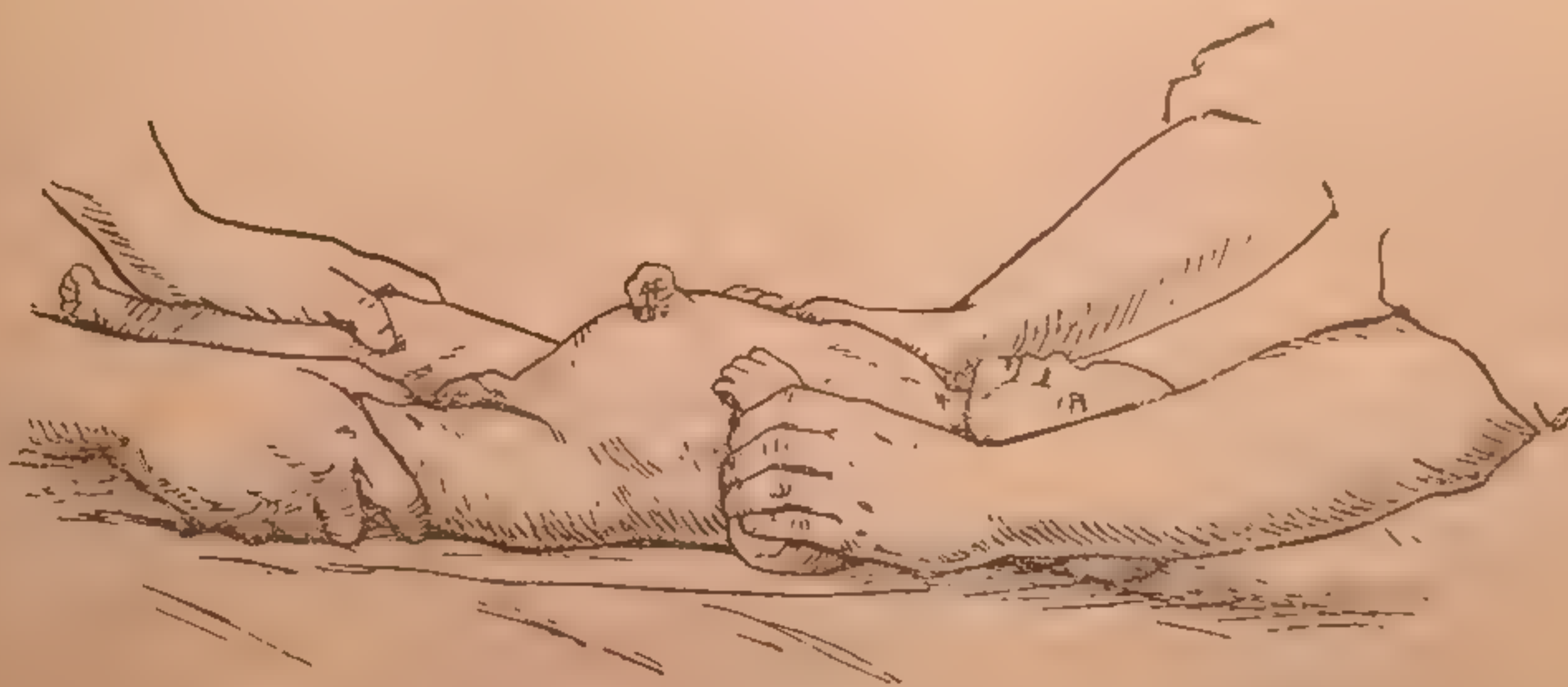


Рис. 161. Оживление плода по методу Сильвестра (второй момент).

случаи, когда спустя 1—1½ и даже 2 часа все же удается оживить младенца. Оживленного ребенка после соответствующего туалета укладывают в кроватку и согревают теплыми (но не горячими!) грелками, следя за тем, чтобы не произошло ожога. В дальнейшем такой ребенок нуждается в тщательном наблюдении и индивидуальном уходе.

В родильной или в соседней комнате всегда должно быть наготове все необходимое для оживления младенца: чистая, лучше эмалированная, ванна для горячей воды (не выше 40°); прокипяченный эластический катетер № 11 с резиновым баллоном для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, завернутые в стерильные марлевые салфетки и хранящиеся в

чистой сухой закрытой посуде; лобелин, цититон, кислород, сердечные средства: камфора, кофеин; прокипяченный шприц с двумя проверенными иглами; грелки; стол, покрытый чистой простыней или пеленкой, на случай необходимости применить ребенку искусственное дыхание.

Глава XII

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

Боль вызывает разнообразные реакции организма, в основе которых лежит стремление уничтожить источник болевого раздражения; таким образом, реакции на болевое ощущение носят защитный характер. Обычно в ответ на болевое раздражение возникает активная двигательная реакция.

Болевое раздражение оказывает угнетающее действие на центральную нервную систему, на деятельность внутренних органов.

Акушерская практика показывает, что боль сама по себе, а особенно в сочетании с эмоцией страха, нередко сопровождается нарушением физиологического течения родового акта: родовые схватки приобретают беспорядочный характер, их сила, ритм нарушаются.

В зависимости от локализации боли различают два вида болевой чувствительности: болевую чувствительность кожных покровов и болевую чувствительность внутренних (висцеральных) органов.

Работами великого русского ученого акад. И. П. Павлова доказано, что внутренние органы имеют чувствительные нервные окончания. Их роль и значение изучены учениками И. П. Павлова — академиками К. М. Быковым и А. Д. Сперанским.

В обычных условиях жизнедеятельности организма раздражения, исходящие из внутренних органов, находятся под порогом ощущения и не осознаются.

Если же при раздражении внутреннего органа вовлекается значительное количество рецепторов и эти раздражения следуют одно за другим в течение длительного времени, то подпороговые раздражения при повторении суммируются, превышает порог чувствительности и ощущается боль. Это может быть и при надпороговой силе интероцептивных импульсов; тогда «прорыв импульсов в кору может произойти и при однократном воздействии».

При интенсивных, повторяющихся сокращениях мускулатуры матки (схватки) или сильном растяжении гладкой мускулатуры внутренних органов получается ощущение боли.

Болевые ощущения, исходящие из внутренних органов, в том числе и из матки, равно как и исходящие из кожных покровов человеческого тела, по проводникам спинного мозга доходят до

коры головного мозга через подкорковые отделы. В коре головного мозга происходит оформление болевого ощущения.

Когда наступает ослабление, истощение коры, что неразрывно связано с повышением активности нижележащих отделов, прорыв импульсов в кору облегчается.

Таким образом, чем «сильнее», активнее кора, чем меньше нарушены ее взаимоотношения с подкоркой, тем родовые боли будут менее выражены.

Раздражение, возникающее во внутренних органах, может доходить до центральной нервной системы и вызывать отраженные боли в соответствующем участке кожи. Например, болевые раздражения, исходящие из печени, воспринимаются в виде боли на коже правого подреберья, исходящие из матки — на коже нижнего отдела брюшной стенки, поясничной области, верхних отделов бедер; это — зоны отраженной болевой чувствительности. Такие отраженные боли зависят от того, что каждый сегмент спинного мозга связан с определенным участком кожной поверхности; в этот же сегмент спинного мозга вступают и нервные волокна, идущие из внутреннего органа.

Чувствительность воспринимающих (рецепторных) приборов матки особенно повышается к концу беременности и непосредственно перед родами.

Под влиянием родовых болей повышается возбудимость в соответствующих сегментах спинного мозга, образуются зоны повышенной кожной чувствительности в соответствующих участках кожных покровов (нижний отдел брюшной стенки и поясничная область); роженица ощущает боль не в том месте, где она возникает, а в участке кожи, имеющем нервную связь непосредственно с тем же сегментом спинного мозга, куда вступают нервные волокна от матки и других органов малого таза.

Возникновение родовой боли связано с сокращениями маточной мускулатуры, с натяжением сосудистых стенок, с раскрытием шейки матки.

Указанные причины родовых болей имеют место у всех рожаящих женщин. Однако степень их выявления в виде чувства боли у разных женщин весьма различна, что во многом зависит от состояния нервной системы, от типа нервной деятельности данной беременной. Боль в развитии и течении родов как физиологического акта не является необходимой.

При обезболивании родов важно не столько устранить причины, вызывающие боли, сколько всеми мерами бороться с самим ощущением боли, уменьшая или вовсе устраняя его.

На медицинских работниках лежит большая и ответственная задача — всемерно облегчать наступление материнства. Родовые боли, как и всякие другие боли, истощают нервную систему, и поэтому мы обязаны по мере возможности устранять их.

Обезболивание родов в буржуазных странах является привилегией богатых, — о работнице и крестьянке там заботиться не-

кому. В Советском Союзе женщины окружены заботой и вниманием. Нигде обезболивание родов не имеет такого широкого применения, как в Советском Союзе.

В 1936 г. по инициативе проф. А. Ю. Лурье было начато массовое обезболивание при родах; с этого времени оно широко проводится в Советском Союзе. Большое значение в развитии методов обезболивания имели работы проф. К. К. Скробанского и ряда других советских акушеров.

Существующие обезболивающие средства при умелом применении их в части случаев делают роды безболезненными, а в большинстве случаев значительно уменьшают боли. Одни обезболивающие средства вначале преимущественно воздействуют на кору головного мозга, другие — на подкорковые центры, третьи — на периферическую часть чувствительных нервов.

Обезболивание родов может быть достигнуто путем словесного воздействия, путем применения ингаляционного наркоза, наркотических средств, вводимых внутрь, под кожу или в виде клизм, и путем местной анестезии зон отраженной болевой чувствительности или анестезией сакральных, пресакральных и пудендалных нервов путем введения в соответствующие отделы 0,25% раствора новокаина.

Ввиду продолжительности родового акта, для устранения или уменьшения сопровождающих его болей требуется продолжительное обезболивание. Однако действие большинства наркотических средств в допустимой дозировке не превышает 2—2½ часов.

Отсюда понятно стремление пользоваться для обезболивания родов комбинацией наркотических средств с таким расчетом, чтобы действие их было продолжительнее, чтобы после прекращения действия одного средства можно было применить второе, чтобы все это вместе взятое было совершенно безопасно для матери и для плода, а равно и не нарушало нормального течения родов.

Одновременно с применением обезболивающих средств по соответствующим показаниям применяют и средства, ускоряющие родовой акт, как, например, разрыв плодного пузыря, прием внутрь хинина, подкожное введение питуитрина, тимофизина.

Обезболиванию подлежат все женщины с нормальными родами.

Обезболивание методом внушения (К. И. Платонов) является весьма эффективным. Внушением в период беременности удается так подготовить женщину, что она во время родов легче поддается повторному внушению, а также действию различных обезболивающих средств.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Система и методика психопрофилактики болей в родах построены на основе применения принципов и закономерностей учения И. П. Павлова о ведущей роли коры головного мозга в

родах, о взаимодействии процессов возбуждения и торможения, а также законов индукции.

Исходным положением при построении этой системы является признание необязательности родовой боли и ненужности ее для правильного течения родов. В построении системы психопрофилактики болей в родах учитывается роль отрицательных эмоций страха, отражается учение о второй сигнальной системе, учитывается влияние факторов социальной среды. В причинах развития родовых болей как массового явления при нормальных родах учитывается роль реакционных общественных идей (религия, предрассудки и т. п.).

В формировании родовых болей при нормальных, не осложненных в своем течении, родах большое значение имеют отрицательные эмоции (неизбежность болей), внедрявшиеся окружающей средой в сознание женщины на всем протяжении ее жизни. Отсюда и происходит столь часто наблюдаемое состояние тревоги и страха предстоящих болей.

При этом методе обезболивания родовой акт проводится при активном участии коры, при мобилизации корковых функций, при активном участии роженицы в его осуществлении.

И. М. Сеченов писал: «...воля может подавить ...крик и всякое другое движение, вытекающее из боли, испуга и пр.»¹. У одних женщины родовые боли могут не сопровождаться двигательными реакциями. В других случаях родовая боль сопровождается испугом, волнением, криком и излишними движениями. Различная реакция женщин зависит от функционального состояния головного мозга, его высшего отдела — коры.

Метод психопрофилактической подготовки к родам имеет в виду, что кора головного мозга является ведущим органом в формировании болевых реакций.

Основой психопрофилактического метода, предложенного советским врачом И. З. Вельвовским, является дородовая подготовка женщины и правильное ведение родов. Важнейшим моментом дородовой подготовки являются мероприятия по борьбе со страхом и отрицательными эмоциями и ознакомление женщины с течением нормальных родов как с физиологическим естественным актом, при котором боли не являются неизбежными.

Подготовка женщины к предстоящим родам, ознакомление с течением родового акта исключают для нее возможность испуга, благоприятствуют эмоциональному покою, делают ее поведение сознательным и уравновешенным. Женщина узнает, что такое родовые схватки, как нужно вести себя в различные периоды родового акта, как нужно правильно тужиться, знакомится с ощущениями, имеющими место в родах. Женщину обучают приемам обезболивания, основанным на активном участии роженицы при схватках.

¹ И. М. Сеченов, Избранные труды, стр. 174, 1935.

Важнейшей и решающей частью всей подготовки является обучение беременной женщины системе последовательно применяемых во время родов приемов, целесообразных с акушерской точки зрения и мобилизующих кору головного мозга. Эти приемы сводятся к сочетанию правильного дыхания с поглаживанием зон отраженной чувствительности на коже.

Пользуясь словом, удастся добиться того, что для подготовленной женщины все происходящее в родах не является неожиданностью.

Психопрофилактическая подготовка начинается в консультации, где проводятся занятия с беременной женщиной. В работе женской консультации особое значение приобретают формы активной профилактики: наблюдение за беременной, патронаж, социально-правовая помощь, развернутая санитарно-просветительная работа.

Санитарно-просветительная работа проводится в двух направлениях: а) привлечение беременных к психопрофилактической подготовке; б) популяризация среди населения нового отношения к родам и к психопрофилактике болей в родах, проводимой на основе учения И. П. Павлова.

Для указанной подготовки желательно иметь в консультации отдельный кабинет. Если это осуществить невозможно, подготовку проводят в обычном кабинете.

В кабинете надо иметь мягкую кушетку и комплект наглядных пособий для занятий с беременными; в кабинете должно быть тихо.

Психопрофилактическая подготовка беременной в консультации начинается в сущности с первого ее посещения. С 34-й недели беременности проводят 5—6 специальных занятий через каждые 3—4 дня.

Каждое занятие состоит из трех частей.

Первая часть включает общий и акушерский осмотр беременной, во время которого она получает ряд соответствующих назначений и наставлений.

Вторая часть состоит из объяснения процесса родов и ознакомления с приемами обезболивания по периодам родов; эта часть подготовки осуществляется с помощью педагогических приемов при учете доступности формы изложения материала для слушающих женщин; при этом используются наглядные пособия и проводятся практические занятия с тем, чтобы беременная усвоила преподаваемый ей материал.

Третья часть состоит из многократных повторений, рассчитанных на закрепление приемов обезболивания.

Занятия в консультации проводятся вначале в виде индивидуальной, а затем групповой подготовки и состоят из шести бесед-занятий (в соответствии с приказом министра здравоохранения СССР № 142 от 13/II 1951 г.).

Первое занятие проводится индивидуально и посвящается клиническому обследованию беременной и собиранию анамнестических данных. Обращается внимание на возраст, образование, профессию, жизненный опыт беременной; устанавливается наличие психических травм, если таковые имели место; вскрывается содержание опасений, а возможно, и страхов, которые могут иметь место в связи с ожидаемыми родами, причем выясняется не только содержание этих опасений, но и их источник, и интенсивность.

Издавна, из века в век, в сознании женщины укреплялась мысль, что родовой акт — мука. Такое представление укреплялось в сознании женщины с юных лет.

В процессе психопрофилактической подготовки в сознание беременной внедряется представление о родах как о физиологическом явлении.

Снятие страха перед родами необходимо для устранения возможности возникновения отрицательных эмоций и влияния их на силу болевых реакций. Устранение отрицательных эмоций и создание положительных — существенная задача всей системы психопрофилактики болей в родах.

Второе занятие, как и все последующие, можно проводить с группами беременных по 5—6 человек, в зависимости от помещения. Ни в коем случае группы не должны создаваться механически. Надо избегать больших различий в восприятии, а для этого надо руководствоваться интеллектуальным развитием, а не формальными признаками (образование, служебное положение).

Это занятие посвящается изложению в соответствующей научно-популярной форме родового акта как нормального физиологического явления. Беременная узнает, что роды являются функцией, в которой принимает участие весь организм, что в период беременности в организме женщины происходят значительные изменения: в ее нейро-гормональной системе, в обмене веществ и др. Все это подготавливает женщину к предстоящим родам; разрушаются необоснованные представления об обязательной болезненности родового акта.

Излагаются анатомические данные о половых органах и о родовом канале, описываются изменения, происходящие в них во время беременности; затем следует ознакомление со зрелым плодом (вес, рост, положение, членорасположение).

Далее беременной излагают с клинической точки зрения родовой акт в целом, представляя роды как сложную нервно-мышечную работу, в которой принимает участие головной мозг, как сложный комплексный процесс, которым женщина должна руководить сама, активно в нем участвовать. Беременной указывают, что с появлением регулярных схваток она должна немедленно отправиться в родильный дом. При этом подчеркивают, что схватки она будет ощущать в виде сжатия, сдавливания. Дается понятие о трех периодах родов; излагается механизм раскрытия шейки матки, значение и роль плодного пузыря.

Обобщая это занятие, следует подчеркнуть еще раз, что в первом периоде родов организм женщины выполняет большую работу, которой роженица сама управляет, этим еще раз подчеркивается, что роженица отнюдь не является пассивной «страдалицей», а активной управительницей родового акта.

В результате такой подготовки женщина не подходит к родовому акту, как к чему-то таинственному, а участвует в родах и правильно реагирует на связанные с ними ощущения.

Третье и четвертое занятие посвящается первому периоду родов, а именно — субъективным ощущениям рожавшей женщины; дается представление о схватках и их регулярности, об отраженных зонах чувствительности на коже; излагается механизм раскрытия как механизм бережный и не вызывающий болей и объясняются «приемы обезболивания» схваток. Эти приемы заключаются в следующем:

1. Глубокие, ритмичные вдохи и выдохи на протяжении каждой схватки
2. Легкое поглаживание (почти прикосновение) нижней половины живота в сочетании с вдохом и выдохом. Поглаживание производится концами паль-

цев обеих рук в направлении от средней линии живота кнаружи, в стороны в виде физкультурного комплекса: движение рук сочетается с ритмичным дыханием.

3. Прижатие следующих точек: а) спереди — у передне-верхних подвздошных остей; б) сзади — у наружных углов поясничного ромба. При прижатии точек у передних остей ладони располагаются вдоль бедер, само же прижатие производится концами отставленных слегка вибрирующих больших пальцев.

Прижатие точек у наружных углов поясничного ромба достигается подкладыванием либо сжатых в кулаки кистей роженицы, либо подкладыванием валика. Все приемы должны выполняться со всей тщательностью.

Пятое занятие проводится по второму периоду родов. В начале занятия обычно спрашивают о самочувствии женщины, о том, как она выполняет предписанный ей режим, интересуются ее сном, функцией мочевого пузыря и кишечника.

Как всегда изложение последующего должно исходить из предыдущего. Примером могут служить нижеприведенные фразы.

«Итак, вы поняли, что роды представляют физиологический акт, требующий вашего активного поведения, требующий напряженной работы. Вы не должны забывать, что этот акт потребует работы, потребует от вас большого нервно-мышечного напряжения, организованности и активности, но это обеспечит правильное течение родового акта и снимет тягостные ощущения».

Еще раз освещают явления, характеризующие конец первого периода родов, знакомят женщину с манипуляциями, к которым, возможно, придется прибегнуть (влагалищное исследование, разрыв плодного пузыря, катетеризация мочевого пузыря и др.) для того, чтобы женщина заранее была подготовлена к ним и не боялась их.

Объясняют, что с опущением головки на тазовое дно происходит давление на мышцы последнего и на прямую кишку, следствием чего являются позывы «на низ», желание тужиться. Объясняют значение правильных потуг для успешного проведения второго периода родов.

В качестве приемов обезболивания в этом периоде используется рациональная поза роженицы и правильное выполнение ею потужного напряжения. Для обезболивания предлагается правильная поза с приподнятым плечевым поясом, твердо и правильно поставленными нижними конечностями и фиксированными руками; опосредствуется само потужное напряжение, которое рекомендуется совершать в три приема. Беременная тренируется на задержку дыхания на протяжении примерно 20 секунд и на смыкание голосовой щели при развитии потуги.

Беременная обучается правильному дыханию, необходимому к моменту выведения головки: свободное дыхание со счетом при выдохе и расслаблением мышц верхних конечностей.

Не следует представлять женщине роды как очень легкий процесс, который позволил бы ей оставаться пассивной. Наоборот, в соответствующей форме следует фиксировать внимание на том, что беременной предстоит большая, серьезная и сложная работа, требующая напряжения всего нервно-мышечного аппарата. Надо указать, что во втором периоде родов безусловно бывают неприятные, тягостные ощущения — распирающее, давление на прямую кишку, но тут же надо и успокоить беременную, уверив ее, что эти неприятные ощущения — последние.

Шестое занятие является заключительным. Беременная женщина, готовящаяся к родам, получает положительную эмоциональную установку, содержанием которой является радость материнства. Материнство освещается как высокий и почетный гражданский долг женщины. Установленные правительственные награды за материнство и другие меры государственной заботы о женщине-матери неопровержимо свидетельствуют об этом. Материнство освещается как большое событие в личной жизни, обогащающейся новым, радостным и прекрасным содержанием.

В этом занятии дается положительная установка на родильный дом с изложением порядка приема. Беременная получает сведения об ожидающих

ее манипуляциях, проводимых при поступлении. Указывается на необходимость доброжелательного контакта ее со всем медицинским персоналом, необходимость нормального питания, опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Беременная узнает о возможных дополнительных лечебно-диагностических мероприятиях (влагалищное исследование, вдыхание кислорода, вливание глюкозы, инъекции и т. д.).

При длительном промежутке между последней беседой и родами рекомендуется провести дополнительно 1—2 занятия, чтобы напомнить беременной все, что было ей уже сказано.

С беременными, не охваченными почему-либо предварительной подготовкой в консультации, проводится подготовка в родильном доме с момента их поступления. Понятно, для этого необходимо, чтобы в родильном доме, равно и в колхозном родильном доме, была на должной высоте общемедицинская и психогигиеническая культура и чтобы обстановка соответствовала требованиям, изложенным в главе VIII. Желательно выделять для подготовки отдельную комнату, чтобы весь персонал родильного дома от врачей до няни был обучен проведению психопрофилактической подготовки беременных и рожениц при их поступлении.

Для этого требуется: а) установить контакт с роженицей в процессе ее обследования; б) вскрыть опасения и страхи и устранить их рациональной беседой; в) обучить роженицу поведению в родах, используя для этого все возможности — демонстрация поведения в родах женщины, прошедших подготовку, общение с успешно родившими, «передача опыта» подготовленной роженицей вновь поступившей, неподготовленной. Акушерка обучает роженицу применению установленных приемов в соответствии с периодом родов; наблюдает за правильным применением всех приемов, периодически ободряя роженицу, следит за точностью выполнения приемов, а в случае надобности дает указания. Конечно, такая спешная подготовка менее эффективна, и надо стремиться к тому, чтобы все беременные были своевременно охвачены систематической подготовкой в консультации.

Встречающиеся иногда неудачи в смысле незначительного эффекта проведенной подготовки или отсутствия такового в большинстве случаев объясняются недостаточно подробным изучением анамнеза, которое проводится без учета особенностей нервной системы беременной, при наличии неправильных общих установок на характер ощущений в родах, при недостаточной подготовке персонала, при низком уровне его психогигиенической культуры.

Следует отметить, что наилучшие результаты обезболивания отмечаются у беременных с чертами сильного, уравновешенного типа нервной системы.

Наставления по комплексной оценке результатов применения метода психопрофилактики болей в родах¹

Существующая для медикаментозного обезболивания оценка (крестами) при методе психопрофилактики болей в родах недостаточна. Для этого рекомендуется комплексная оценка. Она выводится на основе оценок успеха обезболивания в отдельных периодах родового акта. Первый период, ввиду его продолжительности, следует оценивать отдельно по двум этапам: этап до раскрытия шейки матки на 3—3,5 поперечных пальца и этап кульминации раскрытия от 3—3,5 поперечных пальца до начала изгнания.

Таким образом, успех обезболивания родов складывается из трех оценок:

1) для начала первого периода раскрытия (от начала родовой деятельности до раскрытия в 3—3,5 поперечных пальца), обозначаемого кратко «РН» (раскрытие — начало);

2) для конца раскрытия (от раскрытия в 3—3,5 поперечных пальца до начала изгнания), обозначаемого «РК» (раскрытие — кульминация);

3) для всего периода изгнания, обозначаемого «И» (изгнание).

¹ Из временной инструкции по методике психопрофилактики болей в родах.

Перед обозначением этапа родов проставляется количество часов его течения: например, «8 час. 30 мин. РН» (8 часов 30 минут занял этап от начала родовой деятельности до раскрытия на 3—3,5 поперечных пальца), «4 часа РК» (4 часа длилось раскрытие от 3—3,5 поперечных пальца до начала изгнания); «2 часа И» (2 часа длилось изгнание) и т. д.

Для каждого этапа отмечается течение родового акта, обозначаемое как «Т».

Течение родового акта отмечается при полной норме как «ТН» (течение нормальное), при отклонениях и осложнениях — как «ТО» (течение осложненное).

Обозначив время длительности данного этапа и течение родового акта, проставляют оценки эффективности обезболивания для данного этапа по двум признакам:

1) поведение роженицы в данном этапе родов, как оно видно персоналу, т. е. ее двигательное беспокойство, мимика, стоны, крики и т. д. Оно обозначается буквой «П» (поведение);

2) жалобы на боли, как они выражаются самой роженицей («очень больно», «немного больно», «тяжело» и т. д.). Это обозначается буквой «Ж» (жалобы).

При буквах, обозначающих поведение (П) и жалобы на боли (Ж) проставляется оценочный балл по пятибалльной системе.

Общая запись оценки данного этапа выглядит так:

$$\text{Пример: } 8,5 \text{ РН} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{ Ж}_5}$$

Это значит: 8 час. 30 мин. длился период раскрытия до 3—3,5 поперечных пальца. Этот период имел нормальное неосложненное течение (ТН). Роженица вела себя совершенно спокойно (П₅) и не жаловалась на боли (Ж₅).

$$\text{Пример: } 4 \text{ РК} \frac{\text{ТО}}{\text{П}_4 \text{ Ж}_3}$$

Это значит: 4 часа длилось раскрытие от 3,5 поперечных пальца до начала потуг, течение осложненное (ТО), поведение напряженное (П₄), жалобы на значительные, но терпимые боли (Ж₃).

$$\text{Пример: } 2 \text{ И} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{ Ж}_5}$$

Это значит: период изгнания длился 2 часа, течение родов в этом периоде нормальное (ТН), поведение активное, свободное, общительное (П₅), жалоб на боли нет (Ж₅).

Оценки поведения по пятибалльной системе проставляются так:

П₅ — если роженица активна, общительна, живо и легко осуществляет приемы обезболивания, не имеет никаких проявлений двигательного и мимического беспокойства, кроме «рабочего напряжения», и даже склонна к репликам, шутке и т. п.;

П₄ — если роженица не обнаруживает значительного двигательного и мимического беспокойства, но сосредоточена на исполнении приемов, стремится не отвлекаться от них, как бы привязана к ним. Появление беспокойства легко устраняется при выполнении «приемов обезболивания». Указанный успех имеет место после первых же напоминаний персонала о действенности приемов, которым она была своевременно обучена;

П₃ — если роженица проявляет моторное и мимическое беспокойство, особенно беспокойна, как только персонал отходит от нее. Беспокойство ликвидируется повторными мероприятиями персонала: настойчивым повторением обычных приемов, показом модифицированных приемов, применением косвенного внушения или акушерских мероприятий, которые устраняют осложнения в течение родового акта.

Во времени подобные беспокойства для оценки «3» не должны составлять в сумме по всем периодам родов время больше 2—3 часов;

П₂ — если роженица проявляет двигательное или мимическое беспокойство как при обычных необезболенных родах, теряет самообладание и не «выправляется» вмешательством и помощью персонала в течение большей части родов;

П₁ — если поведение роженицы истероидное, повышено беспокойное с неистовыми криками, при полном отсутствии контакта с персоналом, полным отказом от исполнения «приемов обезболивания» и даже отрицательными реакциями на них.

Оценка жалоб на боли обозначается так:

Ж₅ — нет никаких субъективных жалоб на боли.

Ж₄ — нет субъективных жалоб на боли, но имеются (при расспросах) указания на то, что временами чувство давления и сжатия при схватках было неприятным и беспокоящим, однако, вполне преодолимым.

Имелись очень краткосрочные, беспокоящие явления, снимаемые исполнением «приемов».

Ж₃ — периодами возникали жалобы на наличие незначительных болей, или болей «вполне терпимых», или значительных болей, которые уменьшались при самостоятельном исполнении «приемов», особенно при напоминании персоналом и при активной его помощи, а проявление болей в родах в целом суммарно составляло 2—3 часа.

Ж₂ — обычные жалобы как при необезболенных родах, неуспокаиваемые приемами обезболивания.

Ж₁ — повышенные, истерического типа жалобы на всем протяжении при полном игнорировании и отказе от «приемов обезболивания».

Указанным способом записывается комплексное обозначение успеха обезболивания родов в целом.

Пример: $7 \text{ РН} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{ Ж}_5}; \quad 3 \text{ РК} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{ Ж}_5}; \quad 2 \text{ И} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{ Ж}_5} = 5$

Итоговая оценка является не только средне-арифметическим расчетом, а выводится с учетом всех обозначенных элементов. При этом на итоговую оценку оказывают влияние следующие обстоятельства:

а) чем длительнее был этап с наиболее низкой оценкой, тем ниже итоговая (средне-арифметическая) оценка, приближаясь к оценке наиболее низко оцененного этапа;

б) чем более осложненное было течение родового акта (Т), тем выше итоговая оценка, приближаясь к оценке этапа, имеющего наиболее высокую оценку.

Пример: $7 \text{ РН} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{ Ж}_5}; \quad 4,5 \text{ РК} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_2 \text{ Ж}_2}; \quad 1,5 \text{ И} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_4 \text{ Ж}_3} = 2;$

$8 \text{ РН} \frac{\text{ТО}}{\text{П}_4 \text{ Ж}_4}; \quad 3 \text{ РК} \frac{\text{ТО}}{\text{П}_3 \text{ Ж}_3}; \quad 2 \text{ И} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_4 \text{ Ж}_4} = 4$

Такая система оценки не лишена субъективности, однако оценка по этапам побуждает врача осмыслить все элементы, определяющие течение родового акта в их соотношении с успехом обезболивания. Оценка «объективных» и «субъективных» болевых признаков дает более точные итоги, особенно если они учитывались в динамике записями в истории родов и нашли свое отражение в приведенной комплексной формуле оценки результатов обезболивания родов.

В тех сравнительно редких случаях, когда психопрофилактика в целях обезболивания не дает должного эффекта, применяют медикаментозные средства.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Обезболивание родов медикаментозными средствами начинают в периоде раскрытия, но обязательно при наличии выраженных схваток и хорошо развившейся ритмичной родовой деятельности. Обычно к обезболиванию медикаментами приступают, когда наружный зев открыт не меньше чем на 2 пальца и головка низко стоит во входе таза (у первородящих женщин).

Для определения степени открытия зева, состояния плодного пузыря и положения предлежащей части плода перед началом обезболивания обязательно производят влагалищное исследование.

При обезболивании врач, а в отсутствие врача акушерка должны тщательно наблюдать за общим состоянием роженицы (пульс, дыхание), за характером родовой деятельности, за сердцебиением плода, выслушивая его примерно через каждые 10—15 минут, а после отхождения вод даже чаще — через 5 минут.

Если в процессе обезболивания обнаруживаются какие-либо патологические отклонения в течение родов (изменение в сердцебиении плода, ослабление родовой деятельности), — дальнейшее обезболивание медикаментозными средствами прекращают.

Средства, применяемые для обезболивания родов при круглосуточном дежурстве врача-акушера

Начало периода раскрытия. Применяется одно из следующих средств:

1. Свеча следующего состава:

Extr. Belladonnae 0,03 (три сантиграмма)
Pantoponi 0,02 (два сантиграмма)
Antipyrini 0,5 (пять дециграммов)
Butyri Cacao 1,5 (полтора грамма)

Примечание. Антипирин может быть заменен в той же дозировке аспирином, фенацетилом, пирамидоном.

Техника применения. Пальцем в перчатке вводят свечу в прямую кишку поглубже, обязательно за сфинктер; повторное введение свечи не рекомендуется.

2. Раствор пантопона и сернокислой магнезии по прописи:

Sol. Pantoponi 2% 1,0 (двухпроцентного раствора один грамм)
Sol. Magnesiaе sulfuricaе 20% 5,0 (двадцатипроцентного раствора пять граммов)

Техника применения. Смесь набирают в один шприц и вводят внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодичной области.

Конец периода раскрытия (открытие зева больше трех пальцев) и период изгнания.

1. Пудендальная анестезия (применяется в начале периода изгнания).

Она проводится в положении роженицы на спине с разведенными бедрами (желательно с применением ногостержателя). После предварительного

обмывания кожи в области ягодиц и промежности смазывают её иодом, вкалывают иглу со стороны промежности на 2 см медиальнее седалищного бугра и проводят на глубину 7 см с одновременным введением по пути анестезирующего вещества. Вначале иглу вводят по направлению к ости седалищной кости, затем перемещают в сторону половых губ и анестезирующее вещество веерообразно вводят соответственно направлению нервных волокон и кпери по основанию большой губы (включая и ее переднюю треть). Добавочно анестезируют подвздошно-паховый нерв — делают укол в область лобкового бугорка. Для пудентальной анестезии используют 0,5% раствор новокаина или раствор люпиканна в разведении 1 : 2 000.

2. Ингаляционный перемежающийся эфирный наркоз. Обычно применяется при врезывании и прорезывании головки. Роженице через соответствующую маску дают эфирный наркоз — дробные дозы (всего до 20 мл) — до тех пор, пока она не успокоится, т. е. пока не будет достигнута поверхностная аналгезия. Как только это состояние наступит, наркоз прекращают и в дальнейшем наркотическое средство дают только в начале каждой новой схватки и потуги, чем и поддерживается дремотное состояние роженицы. По окончании схватки и потуги наркоз прекращают на все время паузы.

3. Закись азота, иначе называемая веселящим газом, применяется при болезненных схватках и потугах в виде ингаляционного наркоза, в смеси с кислородом, в пропорции 85 : 15 при помощи специального аппарата и особой маски. Вдыхание закиси азота производится только во время схватки.

Выдающийся русский ученый С. П. Боткин в 1879 г. поручил одному из своих учеников доктору С. К. Кликовичу заняться изучением свойств закиси азота. Исследования С. К. Кликовича и послужили началом дальнейшего распространения этого средства. Идея применения смеси закиси азота с кислородом во время родов, так же как и первые опыты применения ее с указанной целью, принадлежат доктору Кликовичу.

Прежде чем приступить к обезболиванию, нужно обучить роженицу вдыханию газа; это делается в самом начале родов. Для лучшего эффекта необходимо делать глубокие вдохи и как можно дольше задерживать газ в легких.

Обученная этому роженица в дальнейшем сама пользуется маской — накладывает ее при появлении схваток и снимает при прекращении их. В этом состоит одно из больших преимуществ применения закиси азота.

Смесь закиси азота с кислородом не оказывает влияния на продолжительность и силу правильных маточных сокращений, что допускает длительное применение ее при полном сознании роженицы и не сказывается отрицательно на состоянии внутриутробного плода.

Смесь закиси азота с кислородом является наиболее эффективным средством из всех медикаментозных обезболивающих препаратов.

Ингаляционный наркоз нельзя применять при заболеваниях дыхательных путей.

Средства для обезбоживания родов при проведении их акушеркой, работающей самостоятельно (колхозные родильные дома), без врача

Период раскрытия.

Применяется одно из следующих средств:

1. Свеча следующего состава:

Extr. Belladonnae 0,015 (пятнадцать миллиграммов)
Pantoponi 0,02 (два сантиграмма)
Antipyrini 0,5 (пять дециграммов)
Butyri Cacao 1,5 (полтора грамма)

Антипирин может быть заменен в той же дозировке аспирином, фенацетином, пирамидоном.

Техника применения. Пальцем в перчатке вводят свечу обычным путем, поглубже в прямую кишку, обязательно за сфинктер. Повторное введение свечи можно применить только один раз, но не ранее чем через 2 часа после введения первой свечи.

2. Антипирин. Применяется *per os* по 0,5 г с повторением в случае надобности через 2 часа (но не более одного раза) или в свечах в сочетании с пантипоном по следующей прописи:

Antipyriini 0,5 (пять дециграммов)
Pantoponi 0,02 (два сантиграмма)
Butyri Cacao 1,5 (полтора грамма)

Свеча может быть введена повторно, но не более одного раза и не ранее чем через 2 часа. Техника введения та же, что и для свечи I.

Период изгнания.

Применяется одно из следующих средств.

1. Ликер. Применяется *per os* с повторением в случае надобности, но не ранее чем через 2 часа и не более одного раза.

а) Состав ликера:

Antipyriini 0,5 (пять дециграммов)
Spiritus Vini 15,0 (пятнадцать граммов)
Sirupus simplex 15,0 (пятнадцать граммов)
На один прием

б) Состав ликера:

Paraverini hydrochlorici 0,02 (два сантиграмма)
Extr. Belladonnae 0,02 (два сантиграмма)
Spiritus Vini 15,0 (пятнадцать граммов)
Sirupus simplex 20,0 (двадцать граммов)
На один прием

2. Ментоловый карандаш в составе:

Ментол 30%
Парафин 70%

3. Карболовый карандаш в составе:

Acidi carbolici liquefacti 1,0 (один грамм)
Paraffini solidi 20,0 (двадцать граммов)

Техника применения. Карандашом смазывают поверхности крестцово-поясничной области, соответственно поясничному ромбу (ромбу Михаэлиса), и нижнего отдела передней брюшной стенки.

После назначения роженице какого-либо обезболивающего средства повторять его или назначать новое средство можно лишь в том случае, если врач даст акушерке соответствующее указание или самостоятельно работающая акушерка убедилась в том, что данное раньше средство не оказало обезболивающего эффекта или что эффект его исчез.

Учет обезболивающего эффекта при применении медикаментозного родообезболивания. Врач или акушерка вносят в историю родов краткое заключение о результате обезболивания, который определяется наличием той или иной степени потери болевого чувства (аналгезии) в течение всего родового акта с момента родообезболивания.

Окончательный эффект обезболивания устанавливается сопоставлением данных записей в истории родов (врача или акушерки) и сведений, получаемых от родильницы.

В соответствии с этим обезболенными считаются те роды, когда с момента применения обезболивающего средства (начало его действия) и до конца родов женщина не испытывала никаких страданий. Такой эффект обезболивания обозначают тремя крестами (+++) или цифрой 5.

Частично обезболенными считают роды, когда с момента применения обезболивающего средства (начала его действия) до конца родов роженица отмечала пониженное чувство боли или боль полностью отсутствовала в течение известного периода времени. Такой эффект обезболивания обозначают двумя крестами (++) или цифрой 4.

Слабый эффект болеутоления обозначают одним крестом (+) или цифрой 3.

Отрицательным результатом обезболивания, обозначаемым знаком минус (—) или цифрой 2, считается тот случай, когда роды с момента применения обезболивающего средства до конца прошли без понижения болевого чувства.

Учет обезболивающего эффекта при применении медикаментозных средств желательно производить так же, как и при применении психопрофилактического метода, так как он дает более правильную оценку достигнутого эффекта как в течение всего родового акта, так и по отдельным его этапам.

Хранение и учет расходования обезболивающих средств. Все необходимые обезболивающие средства хранятся в особом шкафу под замком в родильной или предродильной комнате, причем хранение в этом шкафу других, не относящихся к обезболиванию средств или предметов строго воспрещается.

В шкафу хранят опись средств, применяющихся для обезболивания, и тетрадь, в которой учитывается поступление и расход обезболивающих средств.

Все медикаменты должны быть снабжены четко написанными этикетками и периодически проверяться.

Тут же в шкафу, на другой полке, должны храниться средства, применяемые в случае передозировки обезболивающих препаратов.

Ключ от шкафа находится у дежурной акушерки.

Глава XIII

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (PUERPERIUM)

Послеродовой период начинается тотчас же после выхождения последа из полости матки; родившую женщину называют родильницей. В течение этого периода происходит обратное развитие (инволюция) полового аппарата, и постепенно исчезают изменения, вызванные в организме женщины беременностью и родами.

Органы, увеличивавшиеся с беременностью, постепенно уменьшаются; изменения в обмене веществ постепенно проходят. Следует отметить, что пока женщина кормит грудью ребенка, некоторые особенности в обмене, хотя и менее выраженные, чем во время беременности, все же продолжают оставаться до прекращения кормления.

ОБРАТНОЕ РАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Обратное развитие матки (инволюция). Полость матки после выхождения из нее последа представляет как бы большую раневую поверхность; шейка матки и влагалище часто оказываются

размозженными, надорванными и представляют собой открытые ворота для инфекции.

Основное условие предупреждения или по меньшей мере значительного ограничения возможности развития послеродовых заболеваний — это правильно организованная акушерская помощь при условии строжайшего соблюдения правил асептики и антисептики и рационального режима (см. главу VIII) как при ведении родов, так и в послеродовом периоде.

Матка после родов. После родов матка стоит своим дном на два пальца ниже пупка и по форме приближается к шару. Она мягковатой консистенции, безболезненна на ощупь. Спустя несколько (10—12) часов начинаются сокращения мышц тазового дна и влагалища, что способствует поднятию матки, дно которой уже достигает уровня пупка.

Передняя стенка полости матки близко прилежит к задней; толщина стенок матки в это время равна 4—5 см; длина полости, измеренная зондом от дна до наружного зева, — около 15 см. Шейка матки свисает во влагалище и представляет собой дряблый мешок; толщина ее стенок достигает 0,5 см; широко зияющий наружный зев имеет надрывы по краям; внутренний зев представляет плотное кольцо, пропускающее свободно 2—3 пальца. Тело матки по отношению к шейке резко перегнуто кпереди. В первый день после родов матка весит 1 кг.

В дальнейшем постепенно, день за днем, матка уменьшается в размерах — укорачивается и становится уже.

В 1-й день после родов, как указывалось выше, дно матки стоит на уровне пупка; на 2-й день оно остается на том же уровне; на 3-й день дно матки стоит на поперечный палец ниже пупка; на 4-й день — на 2—3 поперечных пальца ниже пупка; на 5-й день — на середине расстояния между пупком и лобком; на 6-й день опускается еще на 1—2 поперечных пальца; на 7-й день находится на 3 поперечных пальца выше лона; на 8-й день — на 2 поперечных пальца выше лона. К 10—12-му дню после родов дно матки постепенно скрывается за лоном, и матка опускается в малый таз.

При измерении в сантиметрах от верхнего края лона до дна матки установлено, что в каждый следующий после родов день размеры матки в среднем уменьшаются примерно на 0,5—1 см как в длину, так и в поперечнике.

Средние размеры матки (в сантиметрах)

День после родов	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й
Длина × ширина	11×11,5	9,5×9,5	9×9,5	8,5×8,5	7,5×8

Определять высоту стояния дна матки следует всегда при опорожненном мочевом пузыре и при опорожненной прямой кишке. Наполненный мочевой пузырь приподнимает дно матки; так, например, каждые 100 мл мочи перемещают дно матки

вверх примерно на 1 см, что может создать неправильное впечатление об ее обратном развитии. Эта деталь чрезвычайно существенна, и ее не следует забывать; акушерка должна позаботиться, чтобы роженицы к началу осмотра обязательно помочились.

Величина и вес матки в течение всего послеродового периода продолжают уменьшаться, и к концу его, примерно к 5—6-й неделе, матка достигает 5,5—6,5 см в длину, толщина ее стенок — около 1 см, вес 200 г; в дальнейшем, к концу второго месяца, если женщина кормит грудью, вес матки уменьшается до 50 г.

Формирование шейки матки. Дряблая сейчас же после родов свисающая мешком во влагалище шейка матки постепенно восстанавливается, «формируется». Сначала восстанавливается внутренний зев — тотчас после родов он проходим для кисти руки, через сутки он сокращается и оказывается проходимым только для двух-трех пальцев, через 3 дня — только для одного пальца, а к 10-му дню при нормальном течении послеродового периода внутренний зев закрыт.

Наружный зев формируется медленнее: к 10-му дню он еще проходим для одного пальца и закрывается на 3-й неделе после родов. Наружный зев, вследствие надрывов при родах, остается нерелко с рубцово измененными краями.

Изменения в трубах после родов. Растянутые и смещенные кверху при беременности маточные трубы и связочный аппарат матки с уменьшением последней после родов тоже уменьшаются и принимают свое первоначальное положение.

Яичники, несколько увеличенные в размерах во время беременности, после родов быстро уменьшаются. Прекратившееся с наступлением беременности созревание графовых фолликулов возобновляется после родов. У женщин, не кормящих грудью, первая менструация наступает обычно на 6—8-й неделе после родов; у кормящих грудью женщин в среднем в 50% случаев менструации отсутствуют в течение всего периода кормления.

Уменьшение матки после родов связано с глубокими изменениями в ее тканях. Сокращение мускулатуры матки ведет к сжатию просвета кровеносных сосудов; питание тканей матки резко нарушается, в результате чего наступает уменьшение мышечных клеток в объеме, атрофия и жировое перерождение их. Часть мышечных волокон погибает; увеличивается количество соединительнотканых клеток.

Таким образом, после родов в матке наблюдаются явления, обратные имевшим место во время беременности; во время беременности размеры мышечных волокон увеличивались и частично образовывались новые (процессы гипертрофии и гиперплазии), после родов отмечается уменьшение и частичное исчезновение мышечных элементов матки (дегенерация).

Поверхность полости матки чрезвычайно сильно изменяется. Тотчас после родов, после отхождения послеродовой оболочки, полость матки, особенно плацентарная площадка, представляет собой как бы

сплошную рану. От прежней слизистой оболочки матки, превратившейся во время беременности в отпадающую оболочку, после родов остаются лишь глубоко лежащие донные части остатков желез. Благодаря быстрому размножению эпителиальных элементов этих сохранившихся частей желез идет восстановление слизистой оболочки матки, которое заканчивается примерно к 4-й неделе после родов.

Мышцы тазового дна и наружных половых органов в течение первых суток остаются еще дряблыми, но в дальнейшем они сокращаются; вход во влагалище остается приоткрытым, по краям его заметны свисающие сосочки — это остатки девственной плевы, так называемые миртовидные сосочки (*sagunculae myrtiformes*) (рис. 3).

В стенках влагалища уменьшается кровенаполнение, исчезает синюшность слизистой оболочки; влагалище укорачивается. Надорывы и трещины слизистой оболочки постепенно заживают — в одних местах путем первичного натяжения, в других — образуется прануляционная ткань, и трещины заживают путем вторичного натяжения, в дальнейшем остаются небольшие соединительнотканые рубчики.

Влагалище после родов остается более широким, а стенки его становятся более гладкими.

Обширная сеть кровеносных сосудов беременной матки после родов резко уменьшается. Большая часть сосудов — капилляры и мелкие артерии — заустевает, стенки их, вследствие недостатка питания, перерождаются; просвет более крупных сосудов суживается.

ЛОХИИ

Заживление обширной раневой поверхности матки сопровождается отделением секрета, который в акушерстве носит название послеродовых очищений, или лохий.

Первые четыре дня после родов лохии имеют кровянистый характер (*lochia rubra*); затем они постепенно бледнеют вследствие уменьшения в них количества крови и становятся серознокровянистыми (*lochia serosa*), а в дальнейшем, к 10—12-му дню, становятся светлыми (*lochia alba*).

Под микроскопом в лохиях обнаруживаются форменные элементы крови (эритроциты, лейкоциты), слизь, остатки оболочек плодного яйца и клетки отпадающей оболочки; со 2—3-го дня после родов в лохиях обнаруживаются различные бактерии, проникающие в матку из влагалища.

С 10-го дня после родов примесь крови обычно исчезает и лохии становятся жидкими, светлыми (*lochia alba*); количество лохий с каждым днем уменьшается, и к 5—6-й неделе после родов они совершенно перестают выделяться.

Запах лохий примерно такой же, как запах выделений при нормальной менструации. Если присоединяется гнилостная ин-

фекция, запах лохий становится иногда зловонным, что бывает, например, при разложении задержавшихся в матке оболочек или части детского места.

ТЕМПЕРАТУРА И ПУЛЬС

Температура и пульс родильницам измеряют не менее двух раз в день — утром и вечером. Нормально температура не должна превышать 37° , а пульс должен быть хорошего наполнения, не превышая 72—80 ударов в минуту. Температуру и пульс акушерка заносит в температурную сетку, имеющуюся при истории родов. Температура и особенно пульс родильницы — два основных показателя характера течения послеродового периода. Частый пульс (90—100 ударов в минуту) даже при нормальной или субфебрильной температуре ($37,3—37,6^{\circ}$) заставляет предполагать наличие послеродовой инфекции, и родильницу надо рассматривать как больную. Понятно, при высокой температуре вопрос о послеродовой инфекции почти во всех случаях не подлежит сомнению (см. главу XXIX).

МОЧЕОТДЕЛЕНИЕ

Мочеотделение после родов нередко бывает затруднено вследствие отека слизистой оболочки шейки мочевого пузыря в результате длительного прижатия ее проходящей головкой. Затрудненное мочеиспускание может зависеть и от разможнения тканей, окружающих мочеиспускательный канал, и от глубоких трещин слизистой оболочки входа во влагалище; поверхность трещин раздражается мочой, что вызывает резкую болезненность. В некоторых случаях задержка мочеиспускания объясняется неумением женщин мочиться лежа.

В случаях затрудненного мочеиспускания рекомендуется ввести под кожу 1 мл питуитрина; внутрь 3 раза в день дают уро-тропин по 0,5 г; грелка на область мочевого пузыря на полчаса — час через каждые 2—3 часа. Если мочеиспускание остается и дальше затрудненным, рекомендуется давать отвар медвежьего ушка (*Decocti fol. Uvae ursi ex 6,0 на 200,0*) по столовой ложке через час.

Внутримышечно рекомендуется ввести 2 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

Неудержание мочи наблюдается иногда при парезах сфинктера мочевого пузыря. В этих случаях назначением стрихнина в течение нескольких дней удается восстановить функцию сфинктера (*T-rae Strichnini 5,0, T-rae Valerianae aethereaе 20,0, по 15 капель 2—3 раза в день*).

С катетеризацией мочевого пузыря не следует торопиться, так как при этом можно занести инфекцию; прибегать к ней следует лишь при длительной задержке мочеиспускания (6—8 ча-

сов), если указанные выше средства оказались безрезультатными. Катетер следует употреблять металлический; проводить катетеризацию необходимо при строгом соблюдении асептики.

ФУНКЦИЯ КИШЕЧНИКА

В послеродовом периоде самостоятельная функция кишечника затруднена; при лежачем положении роженицы, особенно если не проводится послеродовая гимнастика, самостоятельный стул задерживается. Обычно на 3-й день после родов кишечник опорожняют при помощи очистительной клизмы или дают слабительное (*Magnesiae sulfuricae*, *Natrii sulfurici* аа 15,0 на прием).

Нередко после родов появляются геморроидальные узлы — «шишки». Обычно они мало беспокоят рожениц, уменьшаются без особого лечения и, в конце концов, исчезают. Если «шишки» достигают большой величины, отекают или ущемляются, они требуют лечения; хорошо действуют при этом лед на промежность (пузырь со льдом, завернутый в стерильную пленку), свечи с белладонной, легкая послабляющая диета. В редких случаях приходится прибегать по указанию врача к вправлению «шишек». Вправление производится бережно одним или двумя пальцами в стерильной перчатке, смазанной стерильным вазелином, в положении роженицы на боку с притянутыми к животу бедрами.

БРЮШНАЯ СТЕНКА

Брюшная стенка, растянутая во время беременности, после родов уменьшается; при этом сокращение брюшной стенки идет больше с боков, брюшная стенка как бы «утягивается» в поперечном направлении.

Мышечные слои брюшной стенки сокращаются быстрее и лучше, чем кожа живота, почему кожа оказывается иногда сложенной в складки, сморщенной. Особенно это заметно у женщин худощавых или, наоборот, с обильным отложением жира, со слабым тургором кожи. При дряблой и растянутой брюшной стенке в дальнейшем возможно опущение органов брюшной полости.

Рубцы беременности (*striae gravidarum*) после родов окончательно не исчезают, — они лишь уменьшаются и бледнеют, принимая вместо красноватого цвета белый. Для предупреждения или по меньшей мере уменьшения подобных последствий родов рекомендуется носить бандаж или пользоваться широким эластичным бинтом, который охватывает одним ходом весь живот, плотно к нему прилегая.

Пигментация по средней линии живота ниже пупка остается, она лишь изменяет свой коричневый оттенок на более светлый.

Состояние органов дыхания. С опорожнением матки диафрагма принимает свое обычное положение, что сказывается на характере дыхания. Брюшной тип дыхания, который отмечается во время беременности и в первые дни после родов, постепенно становится смешанным, преимущественно грудным, обычным для женщины.

Основание грудной клетки в послеродовом периоде становится несколько уже, что сказывается и на расположении органов грудной полости.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОБМЕНЕ ВЕЩЕСТВ

Основной обмен в первые недели послеродового периода повышается в связи с процессами обратного развития, повышением деятельности молочных желез, усиленным питанием. Белковый обмен, изменившийся во второй половине беременности в сторону накопления азотистых веществ, спустя 2—3 недели после родов постепенно возвращается к норме.

Жировой обмен. Накопление в организме беременной липоидов имеет большое значение для функции молочных желез в послеродовом периоде. При лактации усиленно расходуются липоиды; у кормящих грудью родильниц содержание липоидов в крови приходит в норму быстрее, чем у некормящих.

Углеводный обмен. Содержание сахара в крови в послеродовом периоде сравнительно быстро возвращается к норме.

Минеральный обмен. Содержание кальция в крови родильницы несколько понижается; одновременно в связи с лактацией увеличивается потребление кальция. Содержание в крови хлоридов, увеличивающееся во время беременности, в послеродовом периоде падает до нормы. Содержание солей фосфора в крови родильниц находится в пределах нормы.

УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

При уходе за родильницей надо прежде всего оградить ее от занесения инфекции в половые органы и молочные железы через руки ухаживающего персонала, руки самой родильницы, инструменты, белье, судно, через все предметы, с которыми она соприкасается; наряду с этим, надо оградить родильницу и от всего, что может вызывать у нее отрицательные эмоции.

Все зависит от организации работы в послеродовом отделении, от организации ухода за каждой родильницей, от квалификации ухаживающего персонала (акушерки, сестры и няни), от их личной гигиены и от режима работы отделения. К работе в послеродовом отделении необходимо относиться очень серьезно: нельзя забывать о возможности распространения инфекции, и всегда помнить о том, что любая, даже такая будто простая

процедура, как подмывание, если она выполняется без строжайшего соблюдения правил асептики и антисептики, может стоить человеческой жизни.

Каждая «мелочь» в уходе за родильницей должна быть прежде всего проверена с точки зрения асептики и антисептики.

В родильном доме при одновременном обслуживании нескольких родильниц следует помнить, что несоблюдение правил личной гигиены, равно как и строжайшей асептики и антисептики при уходе, угрожает распространением инфекции среди родильниц. Необходимо помнить, что две женщины с совершенно нормально протекающим послеродовым периодом могут инфицировать друг друга, если выделения одной из них попадут на половые органы другой: в лохиях всегда есть микробы, вирулентность которых повышается при переносе их на другой организм. Отсюда и забота о чистоте предметов ухода, в первую очередь о чистоте индивидуального судна; судно надо тщательно мыть, притом каждое отдельно, а после выписки больной необходимо его тщательно прокипятить.

Условия режима в послеродовом отделении должны быть таковы, чтобы родильница действительно хорошо отдыхала после родов, хорошо и достаточно спала, хорошо питалась, — все это обеспечивает нормальное течение послеродового периода, повышает сопротивляемость организма, предупреждает развитие послеродовых заболеваний.

При уходе за родильницей, находящейся в сомнительном отделении, акушерка должна проводить работу еще тщательнее. В сомнительное отделение попадают женщины, представляющие опасность в смысле заражения для родильниц в нормальном отделении. Однако это не значит, что все они безопасны друг для друга. Наоборот, здесь опасность переноса инфекции больше, чем в нормальном отделении. В сомнительном отделении может находиться одна женщина с ангиной, другая с сифилисом, третья с фурункулезом, четвертая с гнойными выделениями и т. д. Понятно, что при отсутствии должного понимания и опыта, при несоблюдении порядка и очередности в уходе, при отсутствии надлежащей и своевременной изоляции больных эти родильницы представляют большую опасность друг для друга. Правильная изоляция, небольшие палаты, распределение больных с учетом опасности и возможности переноса инфекции, определенная система ухода и самое главное строгое соблюдение правил асептики и антисептики и соблюдение рационального режима с учетом индивидуальных особенностей (глава VIII) играют здесь еще большую роль, чем, может быть, в нормальном отделении.

Все сказанное относится в еще большей степени к работе акушерки в септическом послеродовом отделении, о чем будет сказано в соответствующей главе (см. главу XXIX).

Через 2 часа по окончании родов, еще в родильной комнате, предварительно вымытыми руками подмывают наружные поло-

вые органы (рис. 162) родильницы теплой кипяченой водой, пользуясь стерильной ватой или, лучше, марлей на корицанге, а затем обсушивают сухой стерильной ватой; родильнице надевают чистую рубашку и чистую кофту и осторожно на каталке переводят в послеродовое отделение, где укладывают на заранее приготовленную кровать.

Если родильница остается лежать на той же кровати, на которой она рожала (роды на дому), то необходимо сменить все постельное белье.



Рис. 162. Подмывание родильницы.

В первые часы после родов следят за сокращениями матки, за количеством выделяемой крови и за общим состоянием родильницы. Если матка расслабляется, внутрь дают порошок спорыньи (0,5 г) или впрыскивают под кожу 1 мл 10% раствора эрготина или 1 мл питуитрина, а на низ живота кладут пузырь со льдом.

Хорошее сокращение матки в первые два дня после родов является одним из необходимых условий для дальнейшего нормального течения послеродового периода; об этом нужно помнить и этого необходимо добиваться. В хорошо сократившейся матке просветы сосудов сжимаются, в результате чего прекращается кровотечение и преграждается доступ в кровеносные сосуды микроорганизмам, которые заселяют полость матки, как показали наши исследования, уже со 2-го дня после родов.

В первые дни после родов нередко отмечаются болезненные маточные сокращения. Послеродовые «схватки» могут быть разной интенсивности, достигая нередко значительной

болезненности, что чаще наблюдается у повторнородящих; об этом родильница должна быть заранее предупреждена. Маточные сокращения особенно энергичны и нередко очень болезненны в момент кормления, что указывает на связь между молочной железой и маткой; у кормящих грудью матерей инволюция матки протекает лучше, чем у не кормящих. При очень болезненных и часто повторяющихся послеродовых «схватках» можно назначить в качестве болеутоляющего средства 0,5 г антипина по 1—2 порошка в день; в некоторых случаях можно прибегнуть к свечам из опия или белладонны.

Матка в течение нормального послеродового периода имеет плотную консистенцию.

Уборка родильницы. Два раза в день — в 7—8 часов утра и в 4—5 часов дня — производится туалет наружных половых органов родильницы, так называемая уборка. От техники и чистоты проведения уборки зависит нередко здоровье родильницы. Чисто вымытые, как для приема родов (стр. 168), руки (желательно в стерильных перчатках), стерильный материал, уборка не непосредственно руками, а с помощью прокипяченных корнцангов или длинных пинцетов, кипяченая вода с дезинфицирующим раствором, чистое белье — все это необходимо для правильного проведения уборки.

Перед уборкой акушерка стерилизует сразу для нескольких родильниц необходимое количество инструментов — корнцанги и пинцеты. Инструменты, материал в барабане (ватные шарики) и медикаменты (йод, спирт и перекись водорода) размещают на покрытом стерильной пленкой столике на колесах, который передвигают от одной родильницы к другой по ходу уборки.

Перед каждой уборкой измеряют температуру и сосчитывают пульс родильницы, после чего ее подмывают. Предварительное измерение температуры и пульса необходимо для выявления заболевших родильниц, которых следует убирать после здоровых.

Каждая родильница на весь период пребывания в родильном доме имеет свое индивидуальное судно, на котором проводится и подмывание ее (рис. 162).

Подмывание производится следующим образом. Акушерка берет в обе руки по корнцангу, одним корнцангом она достает из барабана несколько кусков стерильной ваты (специально заготовленные ватные шарики) и, забирая вторым корнцангом, взятым в правую руку, по куску ваты и первого корнцанга, обмывает наружные половые органы, делая при этом движения исключительно сверху вниз, но не обратно, и совершенно не касаясь руками ни половых органов родильницы, ни ее бедер; воду при подмывании поливает санитарка из чистого кувшина или из кружки Эсмарха через стеклянный прокипяченный наконечник. Вода должна быть теплая; чтобы проверить температуру воды,

надо предварительно полить ее из кувшина на собственную руку. Надо бороться с привычкой проверять температуру воды в кувшине пальцем или ладонью. Санитарки должны быть осведомлены о недопустимости такого приема.

Обмыв половые органы, их обсушивают сухой стерильной ватой, захваченной прокипяченным корнцангом. При первой уборке двумя ватными тампонами слегка раздвигают половые губы и осматривают слизистую входа во влагалище, но не дальше. Если обнаруживаются глубокие трещины, их поливают один раз в день при утренней уборке перекисью водорода (по назначению врача). При швах на промежности подмывание надо проводить осторожнее — нельзя тереть ватой область швов; после каждого мочеиспускания желательнее обливать наружные половые органы кипяченой водой и обсушивать их стерильной ватой на корнцанге.

Если есть возможность часто менять стерильные прокладки, то при швах следует рекомендовать стерильную марлевую прокладку, но, повторяем, только при условии частой смены — не реже чем через каждые 2—3 часа, иначе такая прокладка будет скорее опасна, чем полезна. При появлении налетов на швах рекомендуется обливать их перекисью водорода и осторожно один раз в день прижигать иодом. Швы обычно снимают на 5-й день. Если имеется отек наружных половых органов, последние покрывают стерильной марлевой прокладкой, а поверх кладут пузырь со льдом. При отеке можно ограничиться обычными осторожными подмываниями и ничего больше не предпринимать — отек постепенно проходит сам.

При подмывании родильницы акушерка обращает внимание и на область заднего прохода, где после родов нередко появляются геморроидальные «шишки» (стр. 248).

По окончании подмывания санитарка вынимает из-под родильницы судно и сменяет подстилку и клеенку. Грязное белье убирают в специальный металлический бачок, но ни в коем случае не бросают на пол. Содержимое судна после уборки сливают в ведро тут же в палате, что значительно ускоряет работу. Необходимо следить за тем, чтобы санитарка (или другая помощница), подкладывая простынку с клеенкой, не прикасалась этой простынкой ни к себе, ни к кровати, а прямо положила бы ее под родильницу.

Затем оправляют постель; родильница умывается с мылом над чистым тазом, который держит перед ней няня (рис. 163), оправляет волосы и надевает на голову косынку.

Так же производится и вечерняя уборка. Нужно, чтобы родильница перед уборкой помочилась и, если возможно, имела стул; клизму всегда ставят до уборки, уборку же проводят после того, как женщину прослабит.

Никаких влагалищных спринцеваний в нормально протекающем послеродовом периоде делать не надо.

Закончив уборку одной родильницы, акушерка и санитарка моют руки и переходят к уборке следующей здоровой родильницы. После уборки родильниц санитарка проветривает и убирает палату.

Судно родильницы необходимо содержать в чистоте; всякий раз после употребления его промывают текучей водой и ополаскивают раствором лизола или 2% раствором хлорамина. Нельзя ставить судно на пол, — оно должно стоять или на спе-



Рис. 163. Родильница моет руки.

циально поставленной для этого у кровати скамеечке, или на приделанной к кровати подставке. Санитарка должна выносить их к сливу по одному, в противном случае не исключена возможность, что при возвращении судна попадут не по назначению. Чтобы не перепутать суден, каждое из них должно иметь свой номер.

Питание родильницы. Желательно, чтобы в первый день после родов стол состоял из жидкой пищи, а затем можно перейти на обычный стол, избегая лишь трудно перевариваемых продуктов (колбаса, сыр и т. п.); акушерка должна присутствовать при раздаче пищи родильницам и наблюдать за правильным ее распределением. Пища должна содержать достаточное количество витаминов А, В₁ и С; витамины можно давать и в виде концентратов. Категорически воспрещается употребление алкоголя в каком бы то ни было виде.

Палатная акушерка или сестра должна строжайшим образом контролировать передачу продуктов родильницам их родственниками; она не должна ни в коем случае допускать к передаче неразрешенных продуктов, а равно и разрешенных, но в большем, чем установлено, количестве. Передачу следует принимать завернутой в чистую салфетку или в чистую бумагу. Надо всегда помнить, что с передачей не исключена возможность занесения инфекции. Акушерка должна предупреждать родных, чтобы они в письмах, посылаемых родильнице, не писали ничего, что могло бы расстроить ее; это одно из условий лечебно-охранительного режима в родильном доме (см. главу VIII).

Для ходячих родильниц в родильных домах организованы столовые; такая столовая одновременно является и комнатой отдыха для родильниц.

Вставание родильнице при нормально протекающем послеродовом периоде (нормальная температура, нормальный пульс, хорошее самочувствие, отсутствие при родах оперативного вмешательства, отсутствие швов на промежности) можно разрешить с 4-го дня после родов. Вначале женщине разрешают садиться в кровати (3—4-й день), затем спускать ноги, а на 5—6-й день она уже может ходить. Такое вставание в нормальных случаях имеет все преимущества, так как способствует лучшей инволюции матки, лучшему отхождению лохий, предупреждает загромождение матки кзади, способствует лучшему обмену веществ в организме и облегчает кормление грудью.

Еще лучший эффект достигается, если, наряду с указанным сравнительно ранним вставанием, проводится послеродовая гимнастика (стр. 265). Рациональная гимнастика в послеродовом периоде улучшает общее состояние родильницы и ускоряет все процессы обратного развития. Гимнастику в послеродовом периоде надо включить как обязательный момент в обычный повседневный режим родильниц; акушерка или сестра под контролем врача должна уметь проводить эту гимнастику, так же как и всякое другое лечебное назначение.

Изоляция родильницы. Особое внимание следует уделять своевременной изоляции родильниц с повышенной температурой либо в отдельную палату, либо в сомнительное отделение. Надо твердо помнить, что пребывание температурящей родильницы в общей палате угрожает здоровью находящихся в этой палате других родильниц. Родильниц с повышенной температурой необходимо переводить из палаты вместе со всем постельным бельем. Изоляции подлежат родильницы не только с повышенной температурой. Возможны случаи (например, язвенные воспаления влагалища, зловонные лохии, гриппозное состояние и некоторые другие осложнения), когда даже при нормальной температуре женщина опасна для здоровья других родильниц. Родильниц с повышенной температурой во избежание переноса инфекции при уборке следует изолировать. Если по условиям работы изо-

лированные родильницы обслуживаются той же акушеркой или сестрой, что и здоровые, необходимо уборку их производить в последнюю очередь в перчатках, а после уборки сменить халат.

Смена белья. В течение пребывания родильницы на койке необходимо, чтобы по мере загрязнения менялось все белье. Обычно в родильном доме меняют подкладные простынки обязательно при каждой уборке, т. е. не реже 2 раз в день. В первые дни после родов, когда выделения значительны, следует менять подкладные простынки чаще — 3, а иногда 4 раза (без подмывания). Нательное и постельное белье сменяется не реже одного раза в 3—4 дня.

В период пребывания родильницы в родильном доме акушерка проводит с нею несколько санитарно-просветительных бесед.

Таким образом, родильница выходит из родильного дома, ознакомившись с элементарными гигиеническими мероприятиями, необходимыми при дальнейшем уходе за собой и за ребенком. Прежде всего проводится беседа на тему о режиме родильницы в течение ее пребывания в родильном доме; родильницу знакомят с распорядком дня, с целесообразностью такого распорядка. Дальнейшие беседы касаются кормления ребенка, ухода за ним, ухода за собой после выписки из родильного дома. Перед выпиской из родильного дома родильницу знакомят с основными приемами ухода за ребенком — купанье, пеленание и указывают, в какую консультацию и когда ей надлежит обращаться со своим ребенком.

При выписке родильнице надо указать, что приступать к домашней, притом даже легкой, работе ей следует не раньше чем через 2 недели после родов и только в том случае, если она хорошо себя чувствует. Необходимо больше быть на воздухе, достаточно спать и удовлетворительно питаться. Для сохранения упругости брюшной стенки родильнице рекомендуется с первого же дня, как только она начнет ходить, бинтовать живот, а еще лучше — носить бандаж.

/ Уход за молочными железами

Особенно заметные изменения после родов отмечаются в молочных железах. Во время беременности отмечается их увеличение, набухание (что приписывается стимулирующему действию гормона передней доли гипофиза), пигментация сосков и сосковых кружков, выделение молозива. После родов и внешний вид, и функция молочных желез резко изменяются (рис. 164); они значительно увеличиваются, что при недостаточной опорожненности их причиняет нередко сильную болезненность — это так называемое «нагрубание груди». Первые два дня после родов из желез выделяется молозиво, и лишь с 3—4-го дня начинает появляться, или, как говорят, «приходит», молоко. Появление молока сопровождается покалыванием и болью в молочных железах, напряжением их, чувством тяжести в железах; иногда ощущается познабливание.

М. М. Миронов (1894) в лаборатории проф. В. М. Бехтерева, а в дальнейшем Л. Н. Воскресенский (1916) в лаборатории проф. И. П. Павлова установили влияние коры головного мозга на деятельность молочных желез. Воскресенский установил, что стимулы к выделению молока могут носить условнорефлекторный характер; выделение молока может усиливаться при различных раздражениях (показ ребенка, звонок и т. п.), длительно совпадающих по времени с лактационной функцией железы, с актом кормления грудью. Повседневные наблюдения показывают, что сильные раздражения центральной нервной системы, психические травмы, могут вызывать у кормящих грудью женщин уменьшение, а иногда и прекращение лактации.

С 3—4-го дня у родильницы иногда появляется сильное и болезненное «нагрубание» молочных желез. В этих случаях следует предложить ей надеть специальный лифчик, хорошо поддерживающий, поднимающий и слегка прижимающий молочные железы (рис. 170). В это же время рекомендуется дать родильнице слабительное и ограничить на эти сутки потребление жидкости. Не всегда к 3—4-му дню после родов ребенок при сосании опорожняет достаточно грудь, поэтому в таких случаях приходится прибегать дополнительно к сцеживанию молока (стр. 260).



Рис. 164. Молочная железа родильницы (в разрезе).

Кормление ребенка. Первое грудное кормление доношенного новорожденного производится через несколько (5—6) часов после родов; за этот срок мать успевает отдохнуть. С первого кормления надо научить мать правильно прикладывать ребенка к груди; необходимо, чтобы ребенок захватывал ртом весь сосок, а не край его; ребенок должен захватывать в рот не только сосок, но и часть околососкового кружка. Правильное захватывание ребенком соска предохраняет от образования на последнем трещин.

Кормление повторяется через каждые 3—3½ часа (приблизительно за этот срок желудок новорожденного успевает опорожниться) с обязательным шестичасовым ночным перерывом; слабых детей следует кормить через 2½ часа (по назначению врача) и с ночным перерывом на 6 часов.

Кормящая мать должна с первого кормления придерживаться этого расписания; ребенок скоро привыкает к нему.

При правильном проведении установленного режима здоровый ребенок после кормления спит и, точно будильник, дает о себе знать при приближении времени следующего кормления; ночью ребенок спит до утреннего кормления, что обеспечивает ночной отдых и матери.

Перед каждым кормлением мать должна тщательно вымыть руки (рис. 163): немытыми руками нельзя дотрагиваться ни до груди, ни до ребенка. Нельзя класть ребенка в постель матери, не подложив чистую пеленку.

Первые 2—3 дня после родов мать кормит ребенка полулежа (рис. 165), подложив под спину подушку, а затем — сидя в крива-



Рис. 165. Кормление грудью полулежа. Акушерка обучает родильницу, как надо правильно прикладывать ребенка к груди.

ти; когда же родильнице разрешается ходить, она кормит ребенка, сидя на стуле (рис. 166).

При плоских сосках или при наличии трещин на сосках, когда кормление чрезвычайно затруднено и болезненно, особенно же при втянутых сосках, приходится пользоваться стеклянной накладкой с резиновой соской (рис. 167). Перед каждым кормлением эту накладку необходимо кипятить. При каждом кормлении следует прикладывать ребенка только к одной груди и полностью ее опорожнять. Если ребенок недостаточно энергично сосет и в молочной железе после кормления остается много молока, необходимо этот остаток сцеживать руками (рис. 168) или прокипя-

ченным молокоотсосом (рис. 169). Сколько ребенок высасывает молока за кормление, определяют путем взвешивания его до и после кормления.

Наиболее рациональным является молокоотсос конструкции советского врача С. А. Дятлова. Система этого молокоотсоса обеспечивает получение грудного молока в максимально стерильных условиях; процесс отсасывания молока в течение всего времени остается ритмично-прерывистым; широкая стеклянная накладку на сосок и ареолу допускает свободный отток молока из всех выводных протоков соска, а создаваемое в системе отрицательное давление не травмирует соска и молочной железы.

При пользовании этим молокоотсосом необходимо соблюдать следующие правила.

Перед употреблением стеклянную накладку с молокоприемником отделяют от бутылки и все части молокоотсоса кипятят в течение 15 минут. После этого удаляют жидкость (из молокоприемника выливают, а из баллона выжимают) и плотно соединяют все части системы. Затем резиновый баллон сжимают рукой и, удерживая бутылку в другой руке,

плотно прикладывают стеклянную накладку к молочной железе таким образом, чтобы сосок находился в центре входного отверстия накладки; в таком состоянии молокоотсос удерживают в течение всего периода сцеживания молока (рис. 169).

Сила отсасывания молокоотсоса регулируется степенью сжатия и расправления стенок резинового баллона. Сжатие и расправление резинового баллона производятся примерно от 20 до 30 раз в минуту.

После употребления все части молокоотсоса немедленно промывают теплой водой и хранят в сухом виде.

Обычно нормально развивающийся ребенок высасывает в первые 7 дней от 80 мл до 0,5 л в сутки из такого расчета: в 1-й день — 80 мл, во 2-й день — $80 \times (2-1)$, в 3-й день $80 \times (3-1)$ и так далее, т. е. 80, умноженное на число дней со дня рождения, минус 1. Таким образом, к 7-му дню ребенок получает $80 \times (7-1)$, т. е. 480 мл. Этот расчет имеет в виду только первые 7 дней. Со второй недели каждую последующую неделю суточная потребность увеличивается на 50 мл; так, на второй неделе



Рис. 166. Родильница кормит грудью, сидя на стуле; под ногами обязательно должна быть скамеечка.



Рис. 167. Стеклянная накладка Дятлова на сосок.

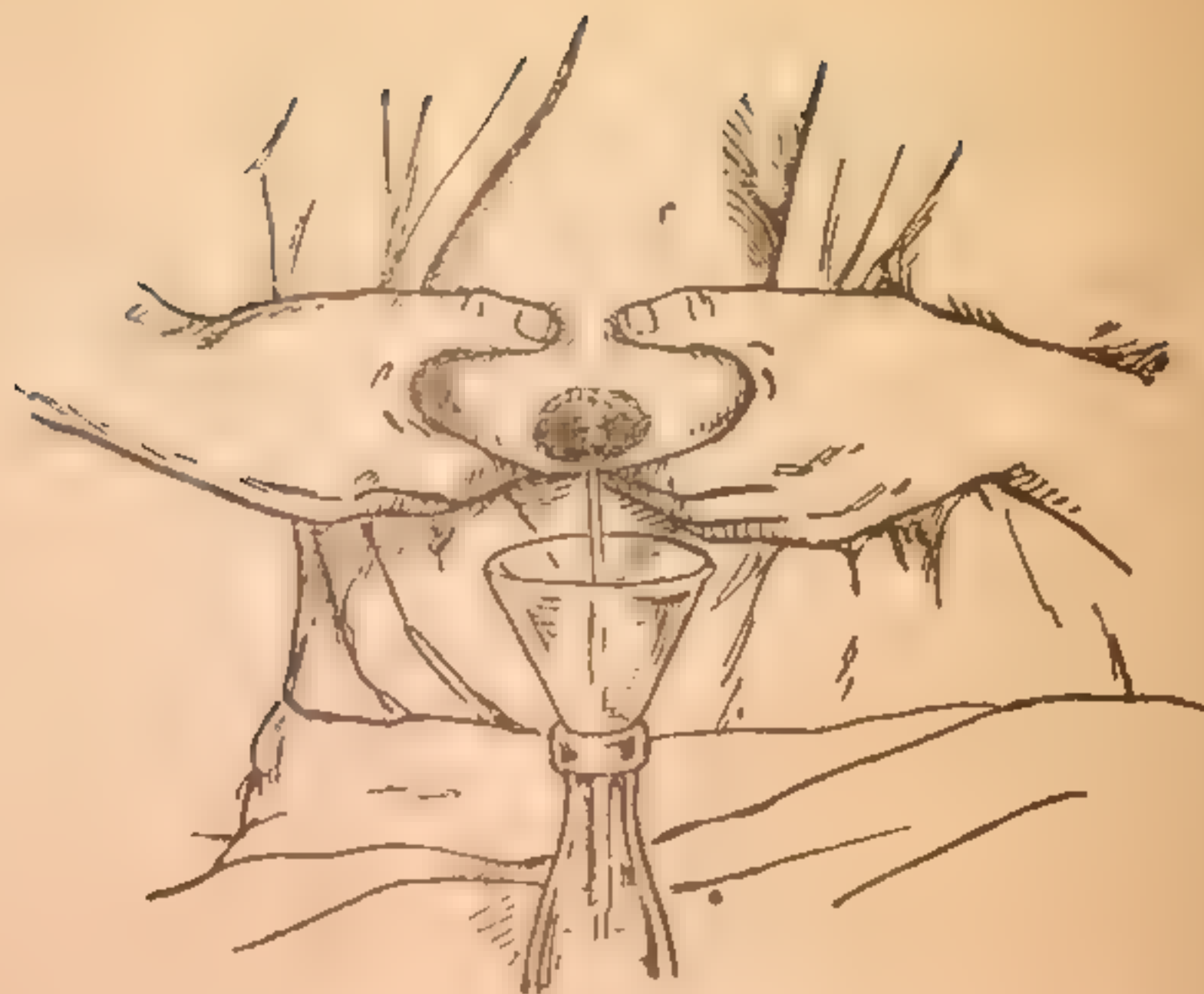


Рис. 168. Сцеживание молока руками самой родильницы.



Рис. 169. Сцеживание молока при помощи прокипяченного молокоотсоса Дятлова.

суточная
весьма
Сут
сколько
Проз
на 20—
кормит
дико ст
ребенка
Во к
которые
обходим
рожнята
тем луч
го моло
лось, ос
сле кор
остриже
водятся
дой и м
секреци
дуются в
(30 г се
Моло
ченные
ская сес
собираю
Рекомен
это устр
Секр
кормит
деление
для груд
образов
аскарм
Если
(чертвь
кулеза)
сильно
лочные
молозив
ести ро
то набу
грудь д
да или
случаях
Если
(к чему

ка ру.
й.



РОКИ-

РОКИ-

РОКИ-

РОКИ-

РОКИ-

РОКИ-

беременности), образование молока может продолжаться в течение всего этого периода.

Следует отметить, что столь длительное кормление не гарантирует от новой беременности, так как почти у половины кормящих матерей бывают менструации, а стало быть, она может забеременеть; вместе с тем длительное кормление и чрезмерно длительное отсутствие менструаций ведут к истощению организма, а иногда и к атрофии матки.

Соски. Большое внимание в послеродовом периоде следует уделять состоянию сосков молочных желез.

Сосок молочной железы и область вокруг соска, называемая ареолой, содержит большое количество гладкомышечных волокон, расположенных близко к поверхности. В области соска и ареолы имеется большое количество кожных рецепторов. Раздражение этих рецепторов, что имеет место при кормлении грудью (сосание), способствует процессу выделения молока из молочной железы.

При раздражении кожных рецепторов ареоларно-сосковой области отмечается обычно увеличение и уплотнение соска, так называемая эрекция его.

Возбудимость ареоларно-сосковой области, а следовательно, и степень эрекции соска у разных женщин различны. При хорошо эрегированном, упругом соске сдавление его при сосании челюстями и отчасти губами и языком младенца встречает хорошее сопротивление, и сосок при этом не травмируется.

При отсутствии эрекции или если таковая очень кратковременна, указанное выше давление при сосании травмирует сосок, в результате чего он легко деформируется, сплющивается, и покровы его надрываются.

Подобная функциональная недостаточность, как показали исследования советского ученого С. М. Беккера, находит свое внешнее выражение в неправильном по величине и форме соске (плоский, втянутый, низкий), в трудности получения эрекции соска и в быстром исчезновении последней.

Отмечаемое нередко при кормлении грудью образование трещин на сосках связывают с пониженной возбудимостью нервно-мышечного аппарата ареоларно-сосковой области. При этом такие моменты, как неправильное прикладывание ребенка к груди, особенно в первые кормления, неправильная форма соска, легкая ранимость кожи сосков и некоторые другие, являются факторами, способствующими образованию трещин сосков.

Трещины сосков представляют входные ворота, через которые проникает инфекция в молочную железу, что нередко ведет к тяжелому осложнению в послеродовом периоде, к воспалению молочной железы — маститу.

К функциональной недостаточности ареоларно-соскового нервно-мышечного аппарата могут вести различные факторы: слабость физического развития женщины, недостаточность гормо-

нальных воздействий, сдавление соска и области ареолы неправильно сшитым бюстгалтером или лифчиком, что нарушает кровообращение в этих участках.

Такой специальной подготовки сосков, которая, как правило, избавила бы женщину от образования трещин при кормлении, мы, к сожалению, пока не знаем.

Как следует из сказанного выше, профилактика трещин сосков должна основываться на укреплении организма в целом, на правильном физическом воспитании девушки, на тонизировании ареоларно-сосковой нервно-мышечной системы. Большое значение в предупреждении образования трещин имеет ношение соответствующей гигиенической одежды — правильно скроенного лифчика, бюстгалтера из плотного материала, не слишком сдавливающего соски и ареолы.

Тонизирование нервно-мышечной системы сосковой области молочной железы может быть достигнуто ежедневными обмываниями всей верхней половины туловища водой комнатной температуры с последующим растиранием кожи и особенно области соска и ареолы мохнатым полотенцем. К тонизирующим средствам относится и общее облучение беременной ультрафиолетовыми лучами (кварцевая лампа), начиная с 32—33-й недели беременности.

Сюда же следует отнести и рациональное питание с содержанием достаточного количества витаминов (А, В₁, С, D и Е).

Трещины сосков, как было указано, образуются преимущественно при неправильном захватывании ребенком соска при первых кормлениях, поэтому с первого же прикладывания ребенка к груди необходимо обучить мать, как она должна правильно давать ребенку сосок (стр. 258).

При появлении на сосках небольших трещин применяют мазь следующего состава: Argenti nitrici 0,2; Lanolini anhydrici 3,0; Vaselini 30,0 или 1% риваноловую мазь; мазь остается на соске все время между кормлениями. При трещинах сосков применяют стерильный рыбий жир, смазывают им сосок и ареолу и прикрывают сосок кружком из стерильной тонкой резины (презерватив).

В последнее время при трещинах сосков стали применять орошение 0,5% раствором нашатырного спирта или раствором пенициллина (10 000 единиц на 1 мл физиологического раствора); рекомендуется производить орошение при помощи стерильной пипетки.

Хорошие результаты дает припудривание соска тонко протертым порошком белого стрептоцида, которое применяют после каждого кормления.

Если трещины сосков не заживают, мешают кормлению, прибегают к кормлению через стеклянную накладку с резиновым соском (рис. 167).

Молочные железы необходимо держать приподнятыми; для этого применяют или лифчик (рис. 170) из плотного материала,

или полотенце, подведенное под грудь и завязанное спереди, чтобы узел не мешал роженице лежать в кровати. При появлении затвердений в молочной железе и в особенности покраснения, болезненности, сопровождающихся повышением температуры

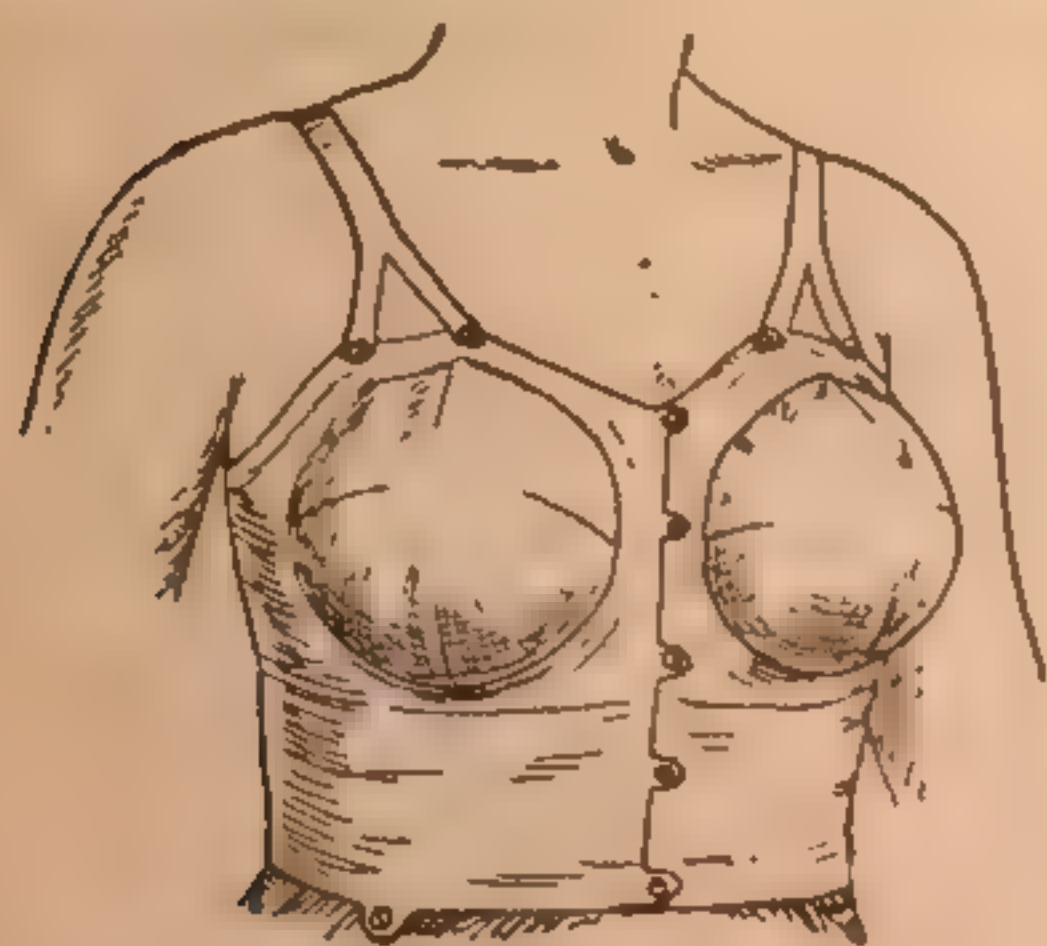


Рис. 170. Лифчик для кормящей грудью женщины.

(начинающийся мастит), необходимо немедленно полностью сцедить молоко и широкими (20 см) бинтами туго забинтовать грудь (без ваты), приподняв и прижав ее.

Бинтование производится в двух направлениях — один тур поднимающий, идет через больную молочную железу и через противоположное надплечье, второй тур, прижимающий, — через больную молочную железу под здоровую (рис. 171 и 172).

Поверх такой повязки надо положить на 12 часов холод — мешок со льдом. По истечении этого срока грудь разбинтовывают, сцеживают молоко и снова также вторично забинтовывают еще на 12 часов. Если к этому сроку



Рис. 171. Бинтование молочной железы при угрожающем мастите.

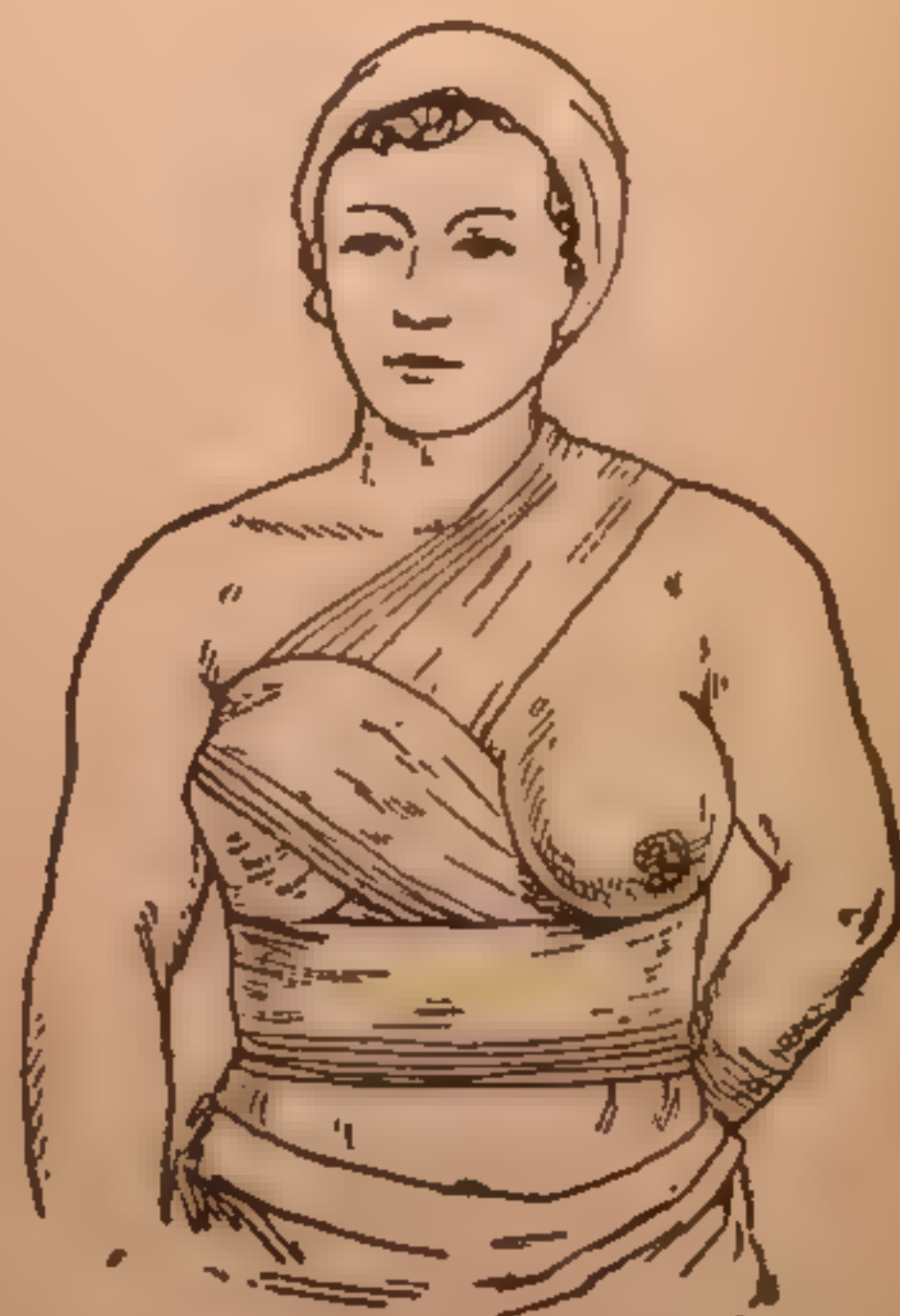


Рис. 172. Забинтованная молочная железа.

все явления стихают, применение холода прекращают и продолжают кормить ребенка этой грудью через накладку.

При образовании инфильтрата в молочной железе рекомендуется применять масляно-бальзамический компресс (по Вишневскому), который готовится, как и обычный компресс, только вместо воды применяется мазь следующего состава: Xeroformii 3,0; Ol. Cadini 5,0; Ol. Ricini 100,0.

Компресс накладывают туго. Кормление не исключается, для чего в компрессе делают «окошко» соответственно соску. После каждого кормления «окошко» закрывают стерильной марлевой салфеткой, смоченной рыбьим жиром.

Если, несмотря на эти меры, температура не снижается и боли не исчезают, значит нагноение прогрессирует. После снятия повязки определяется место более или менее ясной флюктуации, при которой показано хирургическое вмешательство (радиальные разрезы с опорожнением гнойных полостей и последующим дренированием тампоном, пропитанным мазью Вишневского).

При лечении абсцедирующего мастита в последнее время применяют новый метод. Стерильной иглой пунктируют (врач) обнаруженный очаг и отсасывают в стерильный шприц гной. Через эту же иглу вводят 50 000—100 000 единиц пенициллина, разведенных в 2—3 мл физиологического раствора или 0,25% растворе новокаина. Несколькими пункциями удается ликвидировать процесс, не прибегая к разрезам молочной железы; пункции проводятся ежедневно до полного исчезновения (образования) гноя. Если в течение 3—4 дней применения подобной пенициллинотерапии эффекта не отмечается, прибегают к оперативному лечению.

Послеродовая гимнастика

Занятия гимнастикой проводятся со всеми здоровыми родильницами, начиная с первого дня после родов. Освобождаются от занятий гимнастикой родильницы с повышенной температурой и страдающие общими заболеваниями, при которых занятия гимнастикой противопоказаны. С родильницами, у которых имеются швы на промежности, а также с теми, которые подверглись оперативному вмешательству, следует проводить только комплекс дыхательных упражнений.

Занятия проводятся ежедневно утром, через час после завтрака, летом при открытых окнах, зимой после предварительного хорошего проветривания палаты. Занятия можно проводить индивидуально с каждой женщиной, но так как это требует много времени и совсем не обязательно, то лучше проводить их коллективно со всеми родильницами, находящимися в данной палате; это делает занятия более оживленными и интересными. Гимнастические упражнения преследуют следующие цели: научить родильниц правильно и глубоко дышать, укрепить мышцы брюшной стенки и тазового дна, укрепить всю нервно-мышечную систему, улучшить кровообращение и создать хорошее, бодрое настроение у родильницы. Гимнастику проводит подготовленная к этому акушерка или сестра под контролем и наблюдением врача.

Упражнения проводятся в медленном темпе, в ритм глубокому дыханию, от 4 до 8 раз каждое, в зависимости от общего физического состояния женщины, ее реакции на эти упражнения и дня занятий.

Общая продолжительность каждого занятия гимнастикой 5—10—15 минут.

Надо стремиться к тому, чтобы каждая выписывающаяся родильница продолжала и дома систематические занятия гимнастикой.

Описание упражнений

Первый день занятий

Упражнение № 1. Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Поднятие рук в стороны и вверх (вдох). Соединение ладоней вверху; соединенные руки, сгибая в локтях, опустить вдоль туловища (выдох).

Упражнение № 2. Исходное положение то же. Подтянуть ноги, сгибая в коленях, ступнями к ягодицам (вдох), ноги вытянуть (выдох) (рис. 173).

Упражнение № 3. Исходное положение лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни приближены к ягодицам, руки лежат вдоль туловища. Приподнять таз над постелью, опираясь на ступни и плечевой пояс (вдох). Опустить таз на постель (выдох). При вдохе втянуть в себя задний проход, при выдохе выпятить. Все упражнение называется «полумост» (рис. 174).

Упражнение № 4. Повторение первого упражнения.

Второй день занятий

Упражнение № 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение № 2. Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Сгибая ноги в коленях, подтянуть колени к груди (выдох), вытянуть ноги обратно (вдох) (рис. 175).

Упражнение № 3. «Полумост».

Упражнение № 4. Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Повернуться на правый бок, левую ногу согнуть в колене, стараясь прижать колено к груди (выдох), ногу вытянуть, не кладя ее на постель (вдох). Повернуться на другой бок и проделать то же с другой ногой.

Упражнение № 5. Повторение первого упражнения.

Третий день занятий

Упражнение № 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение № 2. Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Ноги согнуть в коленях, подтянуть колени к груди (выдох), вытянуть ноги вверх под углом 45° и вытянутые опустить (вдох).

Упражнение № 3. «Полумост» (рис. 174).

Упражнение № 4. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуть вдоль туловища. Опираясь на локти (рис. 176), сесть (выдох); движение начинается с поднимания головы с по-



Рис. 173. Первое



Рис. 175. Второе



Рис. 177. Четвертое



Рис. 179. Упражнение



Рис. 173. Упражнение второе.
Первый день занятий.



Рис. 174. Упражнение третье.
Первый день занятий.



Рис. 175. Упражнение второе.
Второй день занятий.



Рис. 176. Упражнение четвертое. Третий день занятий.



Рис. 177. Упражнение четвертое.
Четвертый день занятий.



Рис. 178. Упражнение шестое.
Четвертый день занятий.



Рис. 179. Упражнение четвертое. Пятый день занятий.



Рис. 180. Упражнение пятое.
Пятый день занятий.

следующим сгибанием спины; опираясь на локти, лечь обратно (вдох).

Упражнение № 5. Исходное положение лежа на животе, руки лежат под головой. Медленно согнуть ноги в коленях (вдох). Вытянуть ноги (выдох).

Упражнение № 6. Повторение первого упражнения.

Четвертый день занятий

Упражнение № 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение № 2. Исходное положение лежа на спине, руки лежат под головой. Согнуть ноги в коленях, подтянуть их коленями к груди (выдох). Вытянуть ноги вверх перпендикулярно постели и вытянутыми положить на постель (вдох).

Упражнение № 3. «Полумост».

Упражнение № 4 (рис. 177). Исходное положение лежа на спине, руками держаться за бедра. Не опираясь на локти, сесть, наклониться вперед и руками коснуться носков ног (выдох), медленно лечь (вдох).

Упражнения № 5 и 6. Исходное положение лежа на спине, повернуться на правый бок, согнуть левую ногу, прижимая колено к груди. Не опуская на постель, вытянуть ногу. Повторить 4—6 раз. Дальше повернуться на живот, согнуть ноги в коленях и медленно вытянуть (рис. 178). Повторить 4—6 раз. Повернуться на левый бок, согнуть правую ногу, прижимая колено к груди, не опуская на постель ногу, вытянуть; повторить 4—6 раз и повернуться на спину.

Упражнение № 7. Повторение первого упражнения.

Пятый день занятий

Упражнение № 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение № 2. Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Вытянутые ноги поднять вверх перпендикулярно постели (выдох), медленно опустить их на постель (вдох).

Упражнение № 3. «Полумост».

Упражнение № 4. Исходное положение лежа на спине. Исходное положение для рук каждой женщины индивидуальное, в зависимости от ее физического состояния: руки могут быть приведены к плечам, заложены за голову (рис. 179) и т. д. Медленно сесть, наклониться вперед, коснуться руками пальцев ног (выдох) (рис. 177). Медленно лечь обратно (вдох).

Упражнение № 5 (рис. 180). Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища, обе ноги, согнутые в коленях, подняты кверху. Ноги делают кругообразные движения, подобные движению ног велосипедиста, вращающего ногами педали. Дозировка индивидуальная. Упражнение это называется «велосипед».

Упражнения № 6 и 7. То же, что и в четвертый день занятий.

Шестой и седьмой день занятий

Упражнения те же, что и на пятый день занятий, только увеличивается нагрузка путем увеличения числа повторений. Так как в некоторых упражнениях, связанных с напряжением брюшного пресса, иногда трудно добиться правильного и глубокого дыхания и наблюдается задержка его, между такими упражнениями дается некоторый отдых, во время которого объясняют ошибки; женщина же в таких случаях после задержки дыхания

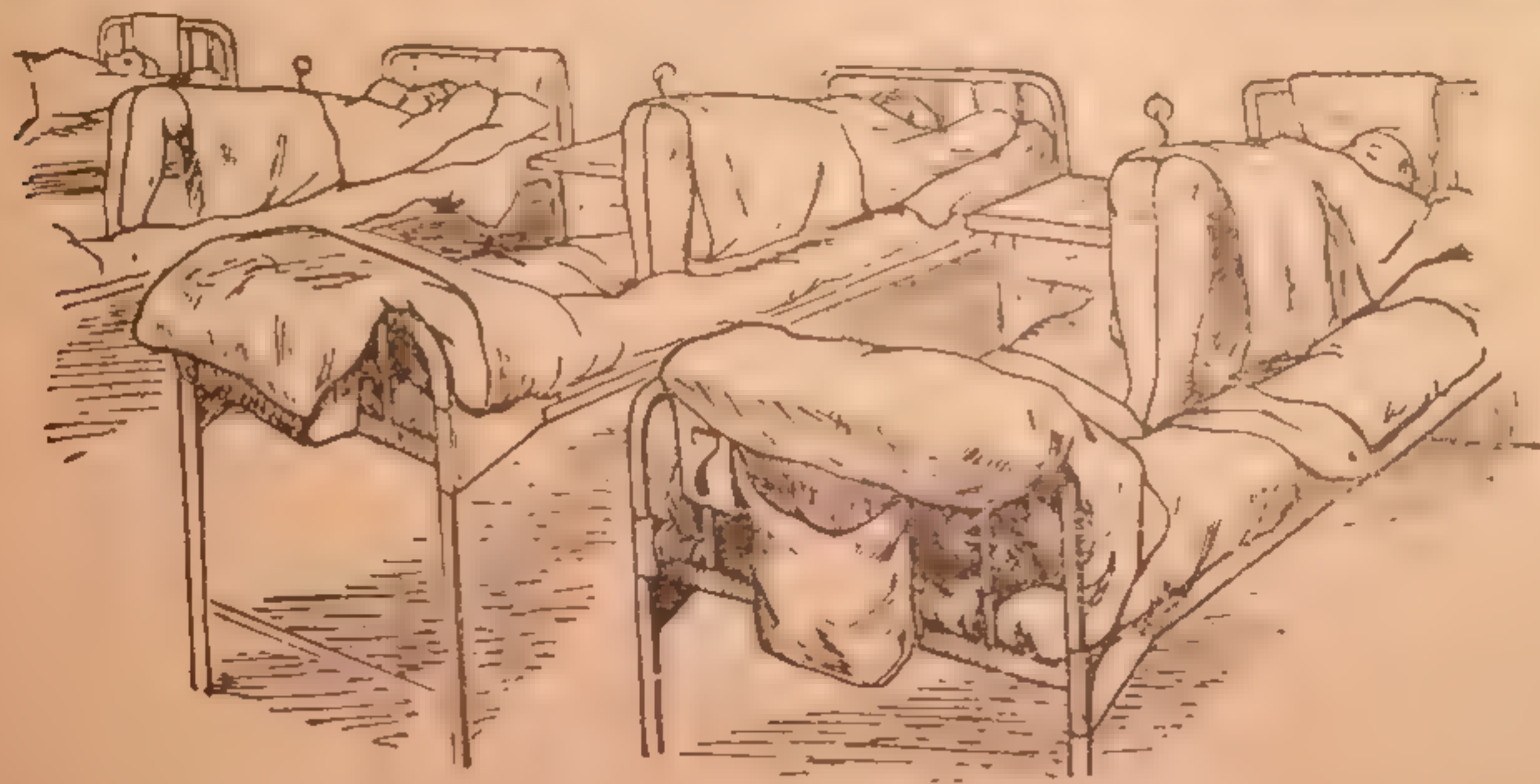


Рис. 181. Общий вид палаты во время занятий гимнастикой. Родильницы проделывают упражнение «полумост».

всегда инстинктивно делает несколько глубоких вдохов. Периодическим отдыхом добиваются того, что пульс после занятий гимнастикой остается таким же, как и до занятий.

На основе указанных упражнений составляется комплекс, который выдается в печатном или от руки написанном виде женщине в день ее выписки домой. Предварительно с выписывающимися проводится беседа, разъясняющая роль гимнастики для женщины вообще и особенно для родильницы.

Примерный распорядок дня в послеродовом отделении

6 часов	Пробуждение родильниц
6.00—6.30	Умывание родильниц. Измерение температуры.
6.30—7.00	Проветривание палат Первое кормление новорожденных
7.00—8.00	Первый туалет родильниц. Уборка палат. Проветривание палат. Выполнение назначений.
8.00—8.30	Смена дежурств санитарок
8.30—9.00	Завтрак
8.30—9.00	Смена дежурств акушерок

9.00—9.30	Подготовка к кормлению новорожденных
9.30—10.00	Второе кормление новорожденных
10.00—13.00	Обход врачей. Гимнастика. Получение анализов. Выполнение лечебных процедур. Санпросветработа
12.30—13.00	Подготовка к кормлению новорожденных. Выполнение назначений
13.00—13.30	Третье кормление новорожденных
13.30—14.30	Обед
14.30—16.00	Сон. Проветривание палат.
16.00—16.30	Подготовка к кормлению новорожденных
16.30—17.00	Четвертое кормление новорожденных
17.00—18.30	Измерение температуры тела. Второй туалет родильниц. Проветривание палат. Выполнение назначений.
18.30—19.00	Ужин
19.00—20.00	Обход дежурного врача. Подготовка к кормлению новорожденных
20.00—20.30	Пятое кормление новорожденных
20.30—21.00	Смена дежурств персонала
21.00—21.30	Чай
21.30—23.00	Сон
23.00—23.30	Подготовка к кормлению новорожденных.
23.30—24.00	Шестое кормление новорожденных
24 часа	Сон

При таком распорядке дня родильница имеет 6 часов непрерывного ночного сна и 3 часа для дневного сна, что вполне достаточно для ее отдыха.

Санитарная обработка палаты для новых родильниц производится с 22 до 24 часов. В ночное время санитарки проводят уборку подсобных помещений, моют и кипятят судна.

Акушерка, помимо многократных обходов палат, в течение ночи просматривает записи назначений в историях родов, заготавливает в барабаны материал для стерилизации и следит за работой санитарок.

Глава XIV

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ УХОД ЗА ДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Первый туалет новорожденного проводят в родильной комнате на специальном пеленальном столе.

При первом туалете необходимо согреть ребенка; для этого пользуются либо большой грелкой и на ней производят туалет

(при этом надо не забывать о возможности ожога кожи новорожденного и следить за этим), либо тепловым рефлектором.

Туалет пуповины производится следующим образом. Акушерка тщательно моет руки, а затем дезинфицирует их 95° спиртом; под остаток пупочного канатика подкладывает сухую стерильную

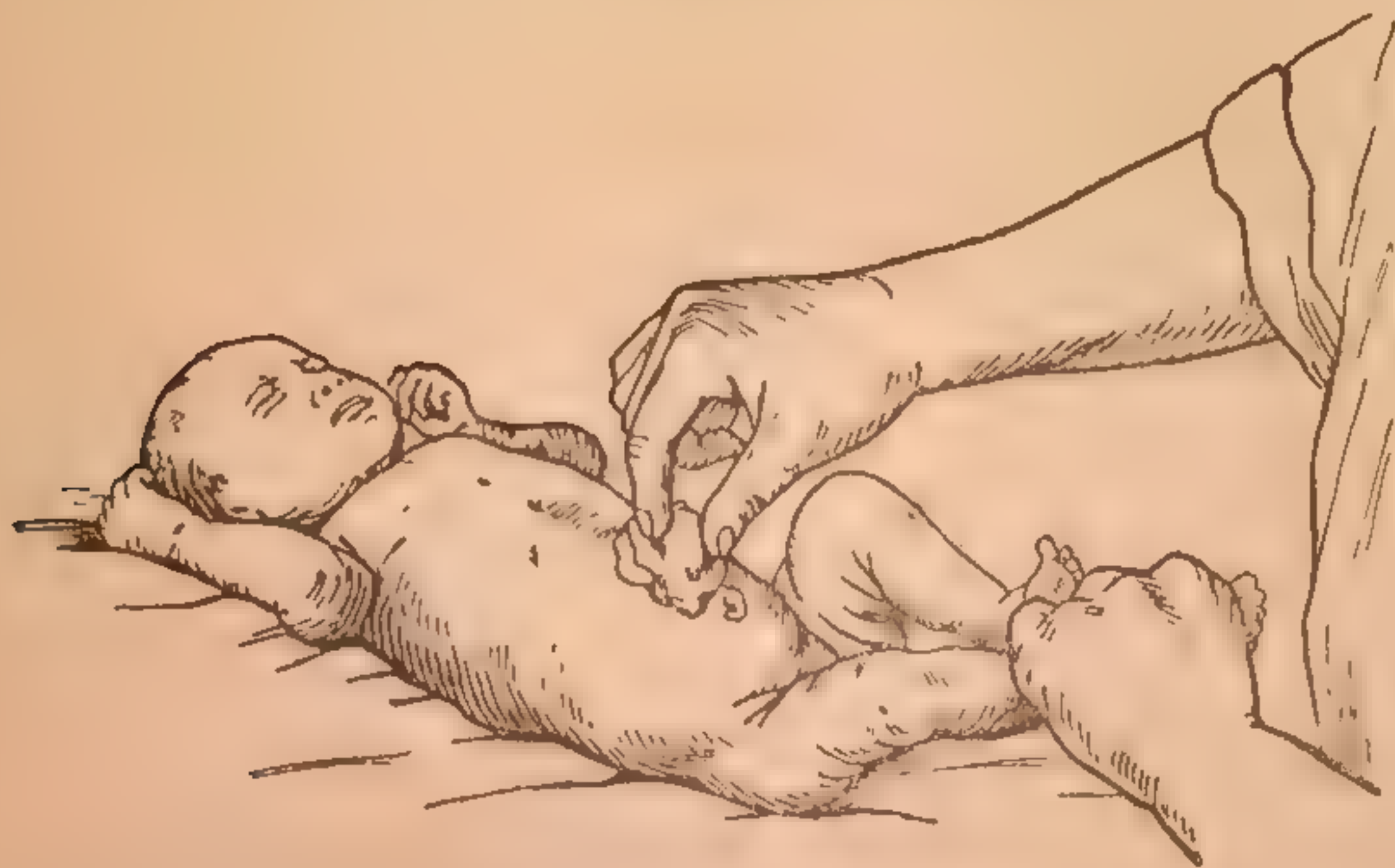


Рис. 182. Прибинтовывание культи пуповины (первый момент).



Рис. 183. Прибинтовывание культи пуповины (второй момент).

марлю и на пуповину на расстоянии 1,5—2 см от пупочного кольца накладывает стерильную тесемчатую лигатуру или пупочный зажим. Участок пуповины над лигатурой протирают стерильной ватой (захваченной пинцетом), смоченной в 95° спирту, и отрезают пуповину над лигатурой так, чтобы осталась культя в 4—5 см. После этого смазывают поверхность разреза 10% настойкой йода и накладывают сухую стерильную повязку из 2—3 марлевых салфеток без ваты (рис. 182 и 183).

Стерильную марлю, вату, лигатуру, бинт и помазок для иода заготавливают заранее для каждого ребенка отдельно и хранят в индивидуальном пакете.

Туалет пуповины новорожденного является ответственным моментом в работе акушерки. Здесь все решает только асептика и антисептика. Малейшее упущение в этом отношении грозит занесением инфекции в сосуды пупочной культи; таким путем и начинается пупочный сепсис.

До 5-го дня повязку на пуповине не сменяют; при загрязнении повязки заменяют только ее наружный слой.

На 5-й день повязку сменяют в присутствии врача. На остаток пуповины накладывают сухую стерильную повязку; для улучшения условий мумификации и для предупреждения инфекции, в зависимости от состояния остатка пуповины, последний предварительно обрабатывают или белым стрептоцидом, или 70° спиртом, или 5% раствором марганцовокислого калия.

В день выписки ребенка следует проверить состояние остатка пуповины или пупочной ранки.

Туалет кожи. Стерильной ваткой, смоченной стерильным жидким вазелином или стерильным растительным маслом (рис. 184), снимают осторожно первородную смазку только в местах наибольшего ее скопления — в кожных складках шеи, подмышками и в паховой области. Стерильное масло заготавливают в небольших флаконах, лучше с притертой пробкой, отдельно для каждого ребенка.

Наблюдениями некоторых врачей и акушеров установлено, что первородная смазка представляет для организма плода полезный субстрат.

При сохраняющейся первородной смазке раздражения кожи встречаются реже, дети ведут себя спокойнее. В течение нескольких дней смазка всасывается кожей.

Измерение роста и веса. После туалета ребенка внимательно осматривают и измеряют его рост (рис. 185). Отмечают наличие и состояние родовой опухоли и возможные иногда недостатки развития и уродства (например, заячья губа, волчья пасть, отсутствие заднепроходного отверстия); все это тотчас же записывают в историю новорожденного. Затем при помощи сантиметровой ленты, предварительно вытертой дезинфицирующим раствором, измеряют окружность головки (рис. 186). Ленту проводят спереди через надбровные дуги и сзади через затылочный бугор (34 см), а при измерении окружности груди — через соски (33 см).

Пеленание. Затем ребенка взвешивают на весах, накрытых стерильной пленкой, и после этого пеленают. В первые дни при пеленании пленкой, покрывают головку и ручки, а в дальнейшем на ребенка надевают распашонку, кофточку, подгузник и завертывают его в одеяло (рис. 187—192), оставляя ручки свободными.

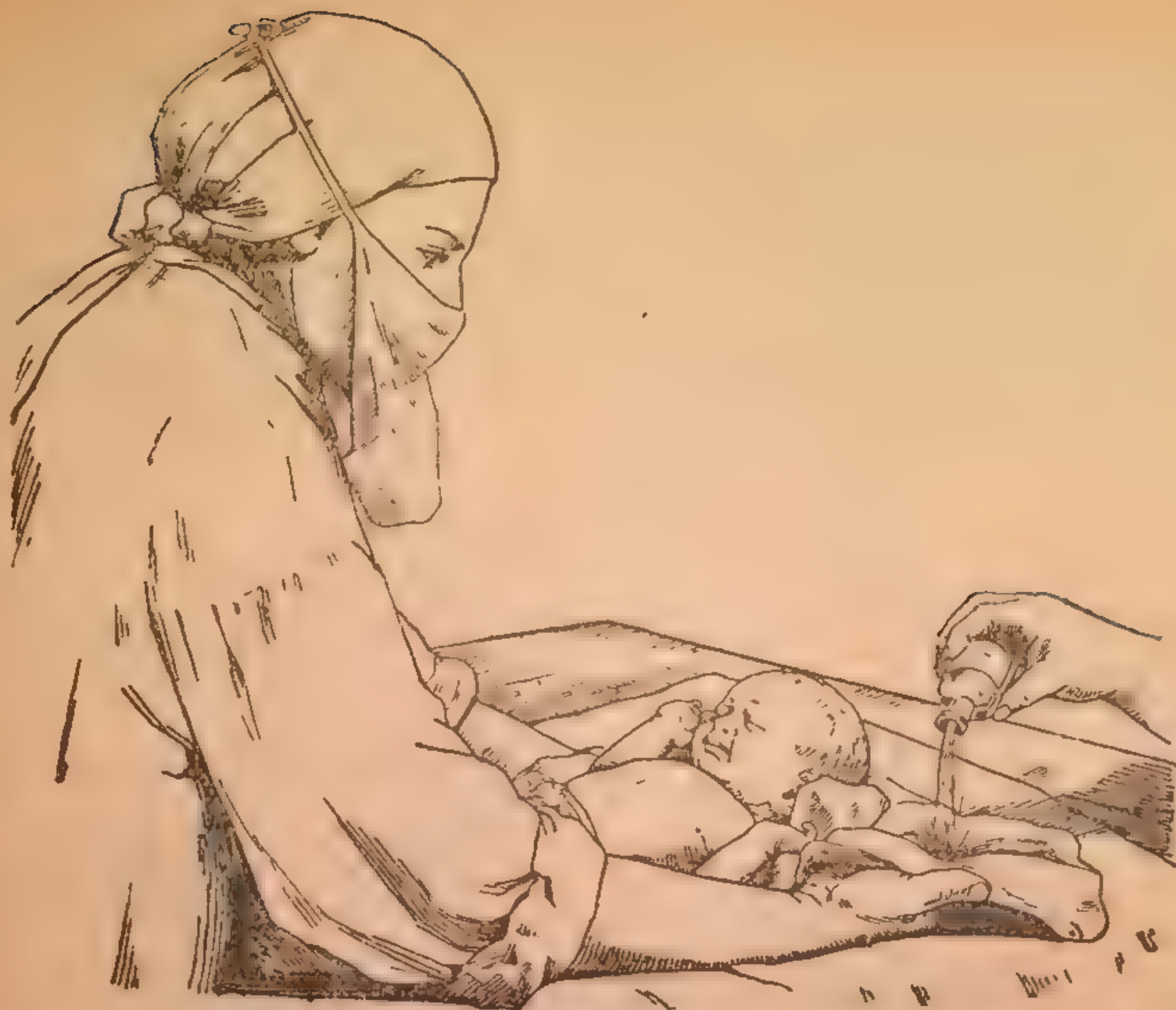


Рис. 184. Обтирание ребенка стерильным маслом.



Рис. 185. Измерение длины новорожденного на специальном ростомере. Няня придерживает головку у неподвижного края ростомера, а акушерка одной рукой вытягивает ножки, другой — приближает вплотную к ступням подвижной конец ростомера.

В родильных домах ребенка после первого туалета оставляют в родильной комнате в течение 2 часов, пока здесь остается мать, а потом передают в детское отделение. В течение этого срока за ребенком необходимо наблюдать, чтобы не пропустить возможной асфиксии.

В первые сутки ребенок иногда срыгивает обильное количество заглотанных им околоплодных вод, поэтому его укладывают на бок, чтобы при срыгивании он не захлебнулся. Под головку ребенка подушку не подкладывают. К ногам рекомендуется поло-

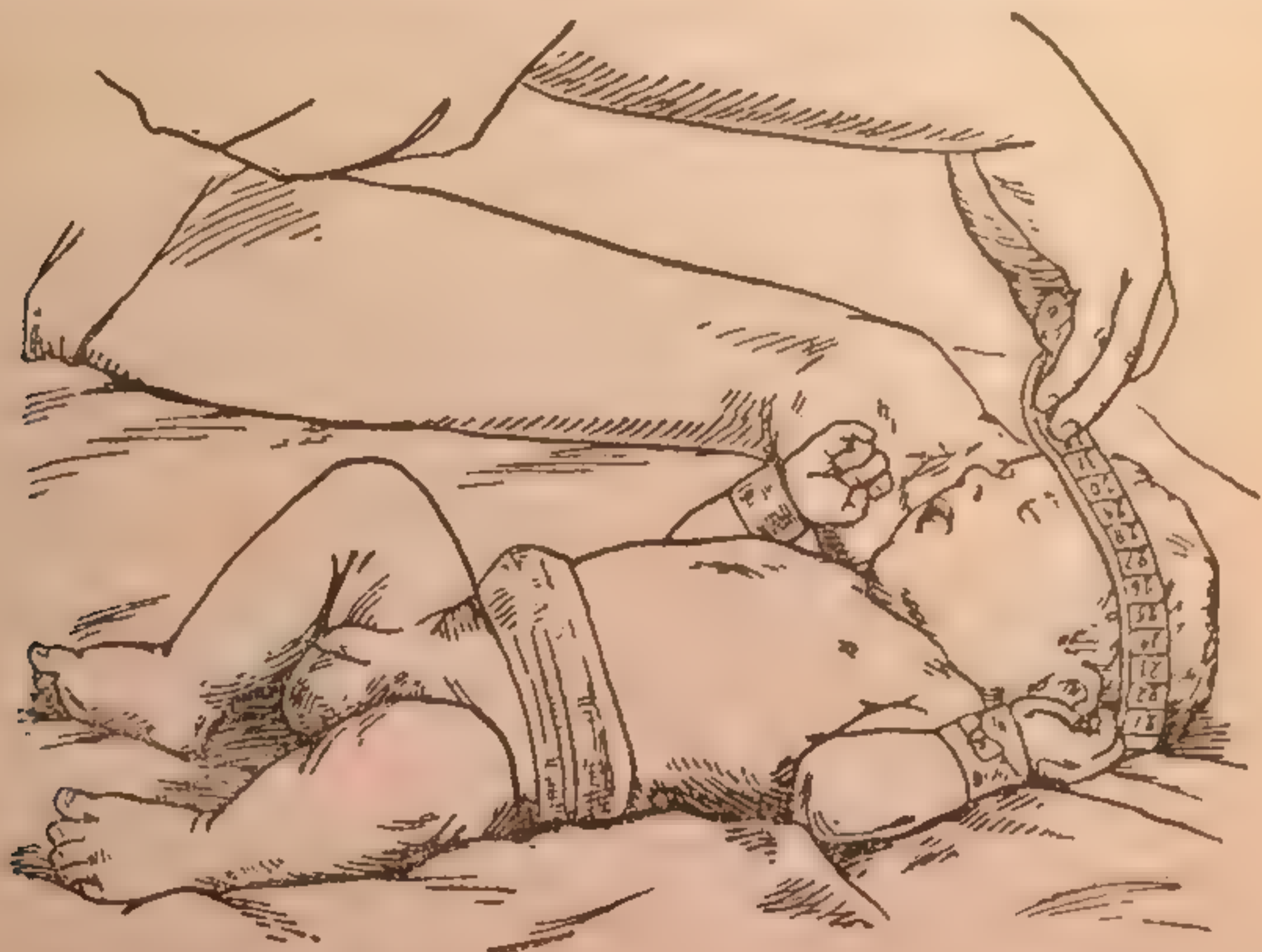


Рис. 186. Измерение окружности головки новорожденного.

жить грелку (не горячее 60°), так как за время туалета ребенок успевает охладиться. Ни в коем случае нельзя класть ребенка на матрац, не покрытый пеленкой.

При приеме новорожденного в детское отделение акушерка или сестра сверяет номер на медальоне, подвешенном на шее ребенка, и на обеих браслетках, сверяет имя, отчество и фамилию матери и пол новорожденного с данными записи в истории родов матери и в карте новорожденного и проверяет общее состояние ребенка (степень активности, характер крика). После этого принимающая акушерка или сестра детской палаты отмечает в листке, что приняла ребенка (мальчика или девочку), дату и час его поступления в детскую, состояние его при этом и все эти сведения скрепляет своей подписью.

Такой же порядок передачи сохраняется и в тех случаях, когда ребенка переводят в другое отделение или когда его выписывают домой.

Родовая опухоль и кефалогематома. Продвигаемая по родовому каналу головка плода, встречая препятствия, несколько изме-

Рис. 187.
рожденный
которого

Рис. 188.
вый нар
жив

Рис.

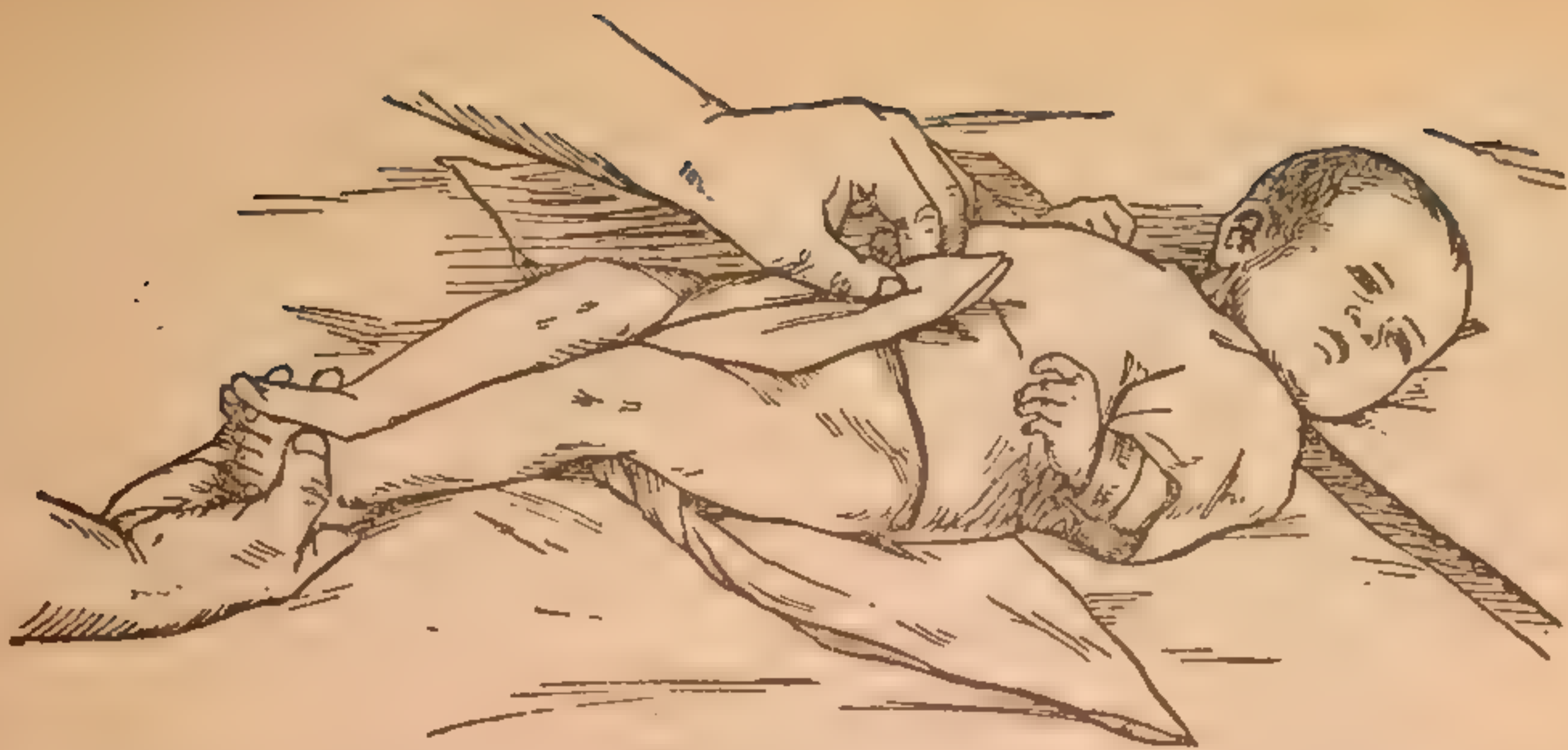


Рис. 187. Пеленание новорожденного. Первый момент — новорожденный в распашонке; под ним лежат подгузник, два угла которого протянуты между ножками. Ниже подгузника лежит пеленка, а под ней одеяло.



Рис. 188. Пеленание новорожденного. Второй момент — правый наружный угол подгузника гладко завернут вокруг животика; то же проделывают и с левым углом.

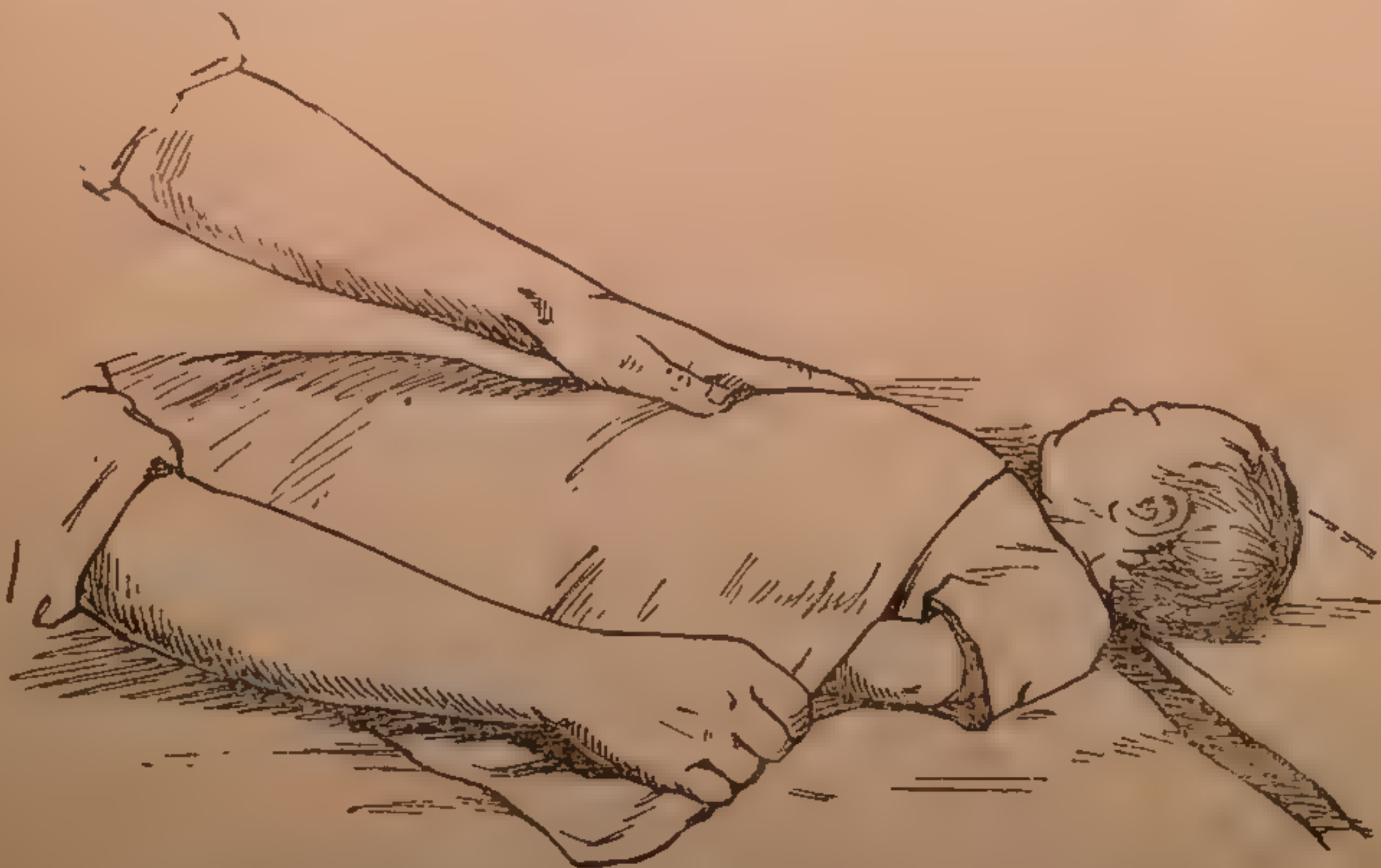


Рис. 189. Пеленание новорожденного. Третий момент.

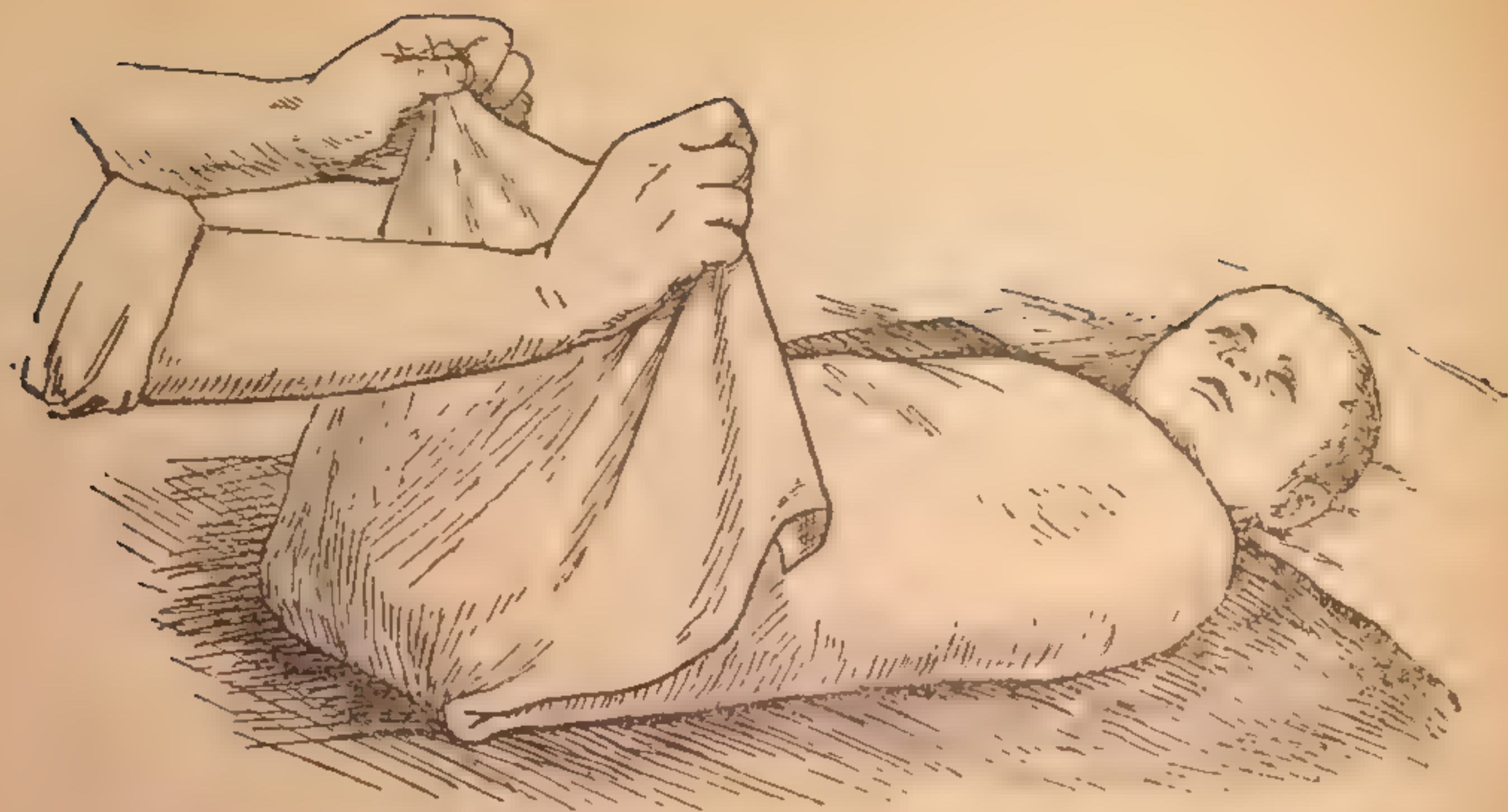


Рис. 190. Пеленание новорожденного. Четвертый момент.

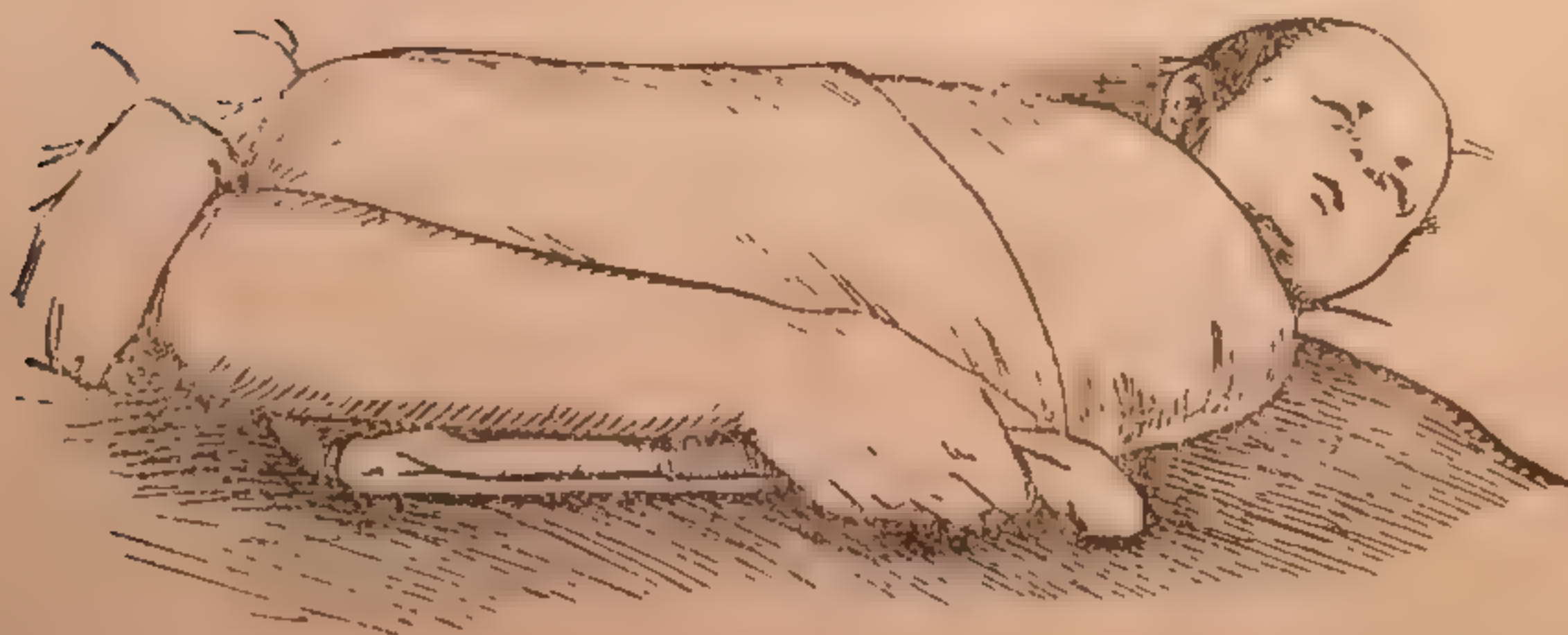


Рис. 191. Пятый момент — нижний конец пленки накидывается сверху, а края подводятся под спинку.

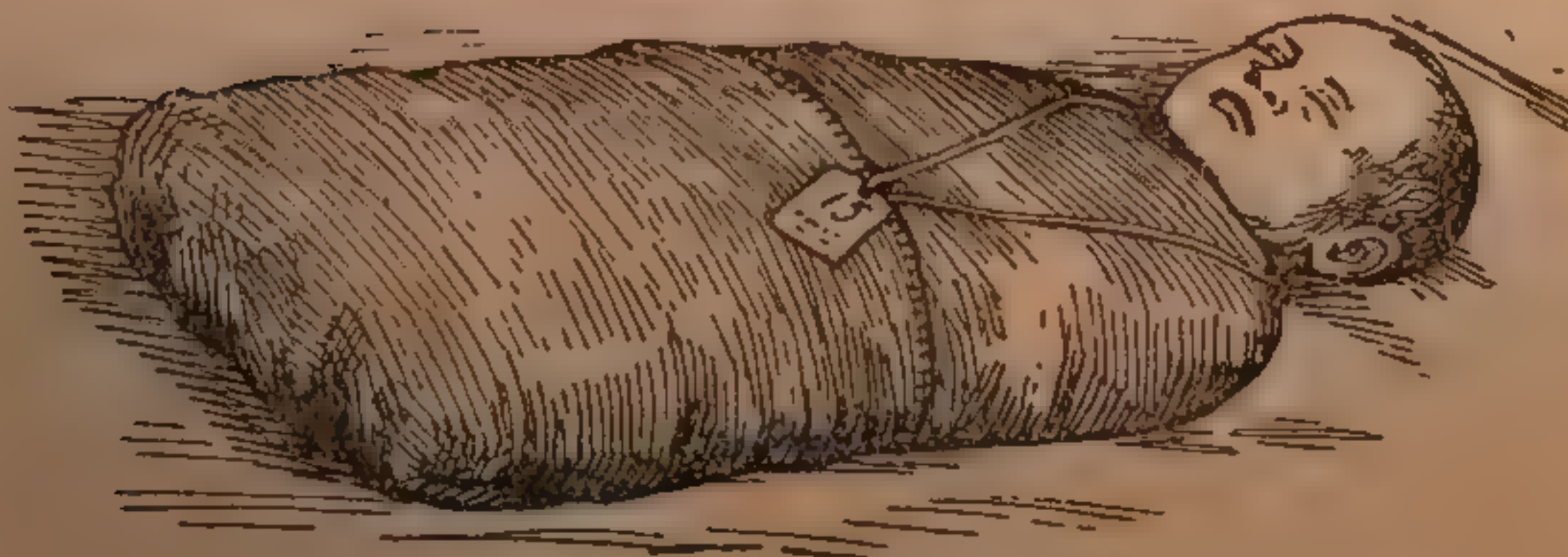


Рис. 192. Новорожденный, завернутый в одеяло.

няет свой внешний вид. Так как кости черепа не сращены и поэтому относительно подвижны, то одна кость может несколько находить на другую, изменяя тем самым форму и размеры головки (конфигурация головки). Вследствие длительного стояния головки в костном кольце входа таза и плотного обхватывания ее этим кольцом на ней образуется отечная, так называемая родовая опухоль (*caput succedaneum*) (рис. 193).

Родовая опухоль представляет собой отек подкожной клетчатки вследствие затрудненного оттока крови и лимфы.



Рис. 193. Родовая опухоль, расположенная в области теменной кости.

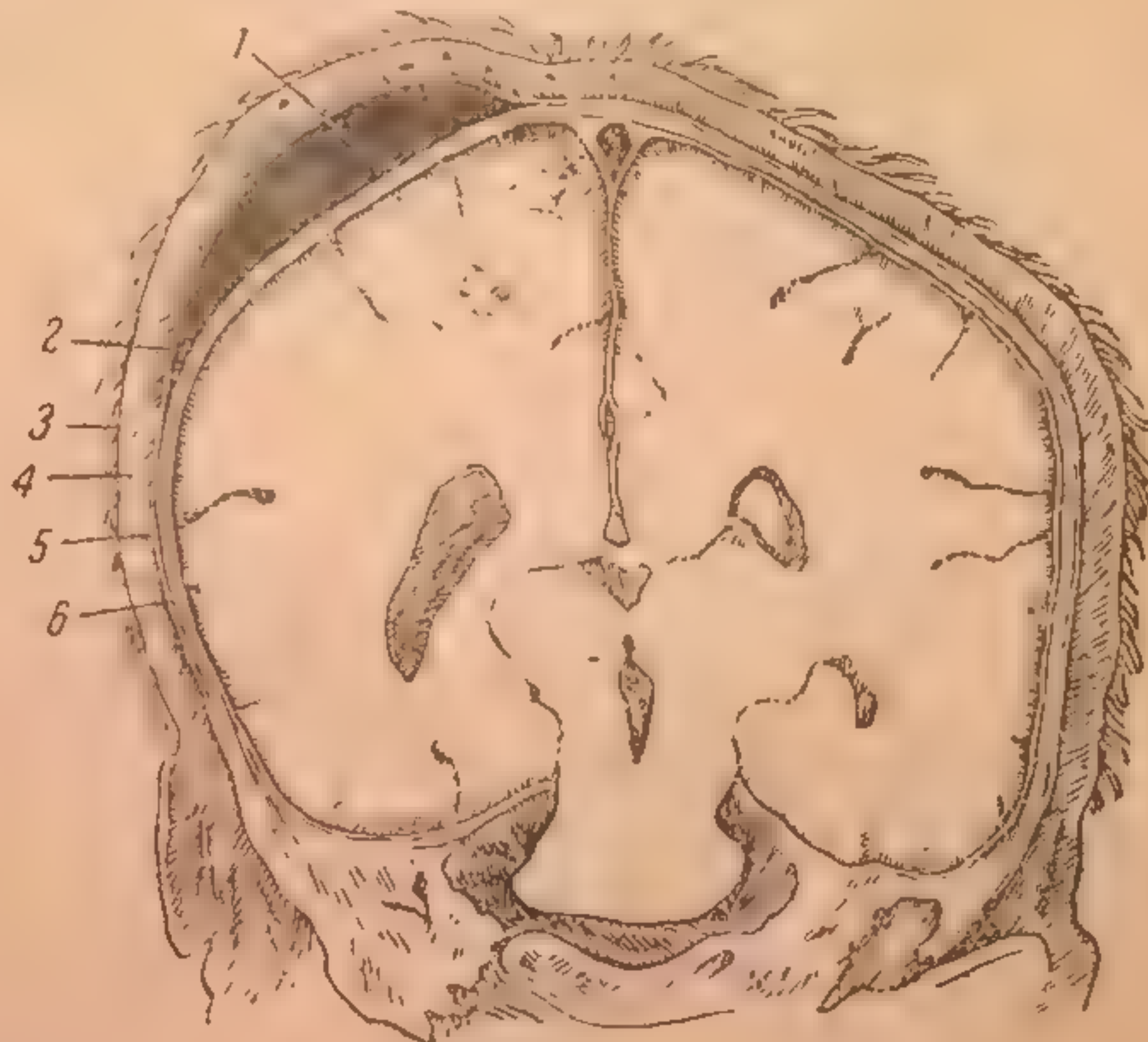


Рис. 194. Кефалогематома на правой теменной кости (в разрезе).

1 — кровоизлияние под надкостницей; 2 — отслоенная надкостница; 3 — кожа; 4 — апоневроз; 5 — надкостница; 6 — кость.

Кроме родовой опухоли, на головке родившегося плода может быть опухоль другого происхождения. При суженных тазах, например, когда головка с большим трудом и очень долго продвигается через костное кольцо таза, возможна отслойка надкостницы с кровоизлиянием между костью черепа и отслоившейся надкостницей; такое же кровоизлияние может иметь место при извлечении плода щипцами; эта опухоль называется кровяной, или кефалогематой (рис. 194). Кефалогематома в отличие от родовой опухоли не переходит за черепной шов; родовая же опухоль может по своему расположению одновременно захватывать две и даже три черепные кости.

Основное, что необходимо помнить, — это не трогать опухоль, не мять ее, не давить, не массировать: она исчезнет сама. Обычно родовая опухоль исчезает через несколько дней после родов; кефалогематома исчезает медленнее, иногда по истечении месяца.

При нарастающей кефалогематоме применяют слегка давящую повязку.

Уход за кожей. Кожа новорожденного очень нежна, чрезвычайно чувствительна ко всякому, даже легкому, раздражению и слабо противостоит инфекции. В этом смысле кожа новорожденного может быть рассматриваема как входные ворота для инфекции и поэтому необходимо

строго следить за ее чистотой. Пеленать ребенка следует, как правило, не реже чем перед каждым кормлением, сменяя при этом пеленку. Перед каждым пеленанием акушерка должна мыть руки.

Ребенок всегда должен лежать в сухих и чистых пеленках. При загрязнении пеленок ребенок обычно начинает проявлять беспокойство, и его необходимо немедленно перепеленать. Подмывать ребенка следует текущей струей теплой воды (36°). Подмывая, движения руки ведут в направлении спереди назад, чтобы не занести грязь с заднего прохода на половые органы (рис. 195). После каждого подмывания обмытый участок

Рис. 195. Подмывание новорожденного. Под текущей струей кипяченой воды из раковины акушерка чистыми руками подмывает ребенка.

осторожно обсушивают пеленкой. Рекомендуется кожу ягодиц и паховых складок не менее 2—3 раз в день смазывать стерильным вазелином или стерильным подсолнечным маслом.

Уход при опрелости сводится прежде всего к устранению раздражения кожи мочой и калом. Необходимо чаще (но не туго) пеленать ребенка, и вместо клеенки употреблять лишнюю пеленку, сложенную в несколько раз. Места опрелости следует смазывать стерильным вазелином или стерильным подсолнечным маслом, или 3% раствором марганцовокислого калия. Хорошее действие при опрелости оказывают воздушные ванны. При появлении на коже гнойничков ребенка немедленно изолируют.

Опрелость — результат плохого ухода за ребенком. Надлежащим уходом всегда можно избежать опрелости у детей.

Измерение температуры и взвешивание ребенка. Температура и вес новорожденного являются основными показателями, по которым судят о состоянии ребенка. Чтобы измерить у новорожден-



Рис. 197. Врач.

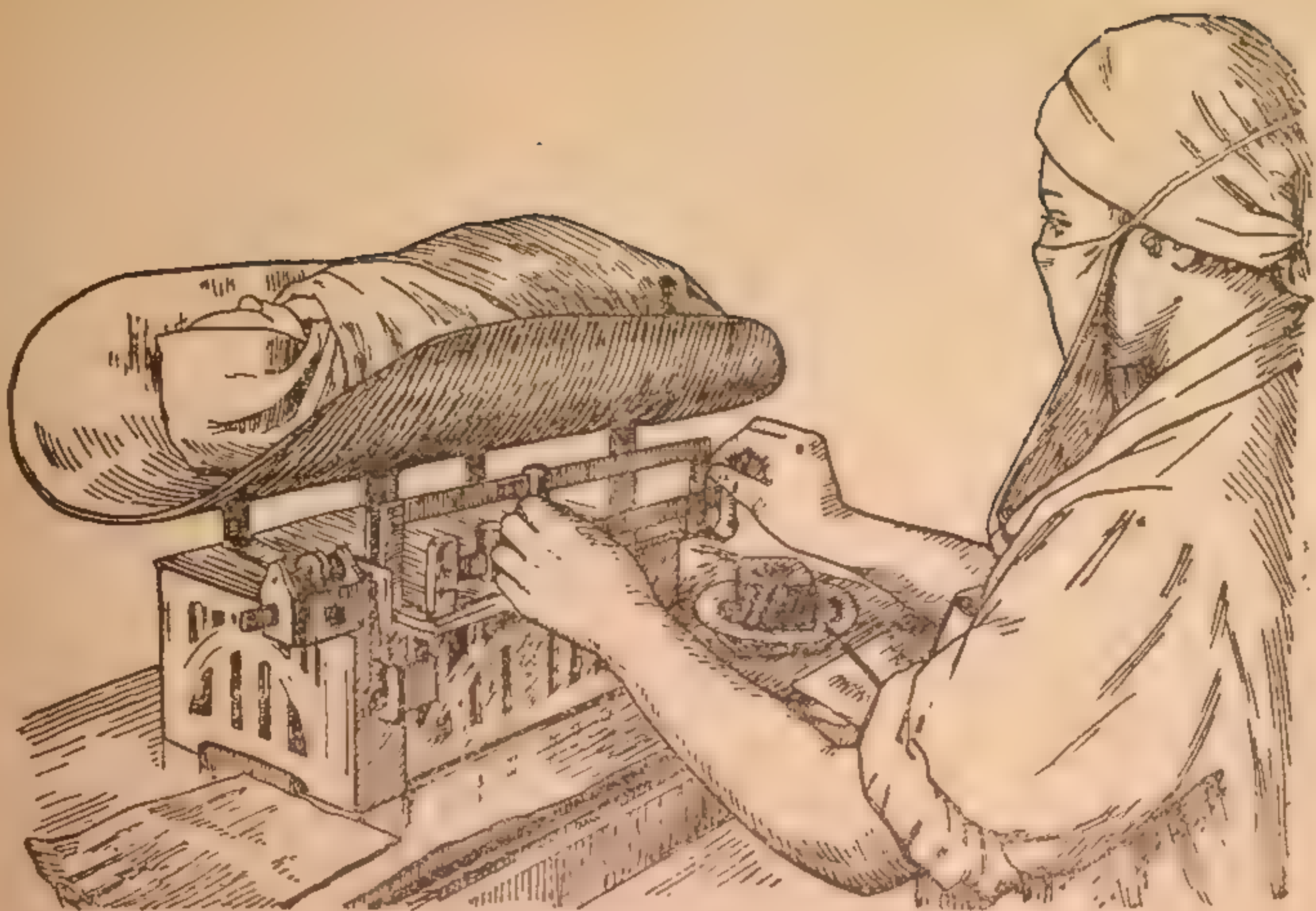


Рис. 196. Взвешивание новорожденного.



Рис 197. Врач-педиатр осматривает ребенка; сбоку стоит обогривательная лампа.

ного температуру, ему вводят термометр на 5 минут в подмышечную впадину; при этом ребенка держат на боку и руками придерживают его ручку.

Термометры должны быть чистые. После употребления их тщательно обмывают и хранят в спирту, а перед использованием обтирают стерильной ваткой.

Температура здорового ребенка должна быть не выше 37° . Ежедневно во время утреннего туалета новорожденного взвешивают (рис. 196). За первые 3—4 дня



Рис. 198. Промывание глаз новорожденному.

отмечается небольшое падение в весе, примерно около 100—150 г (5—6% первоначального веса) — это так называемое «физиологическое» падение веса. После указанного срока вес начинает нарастать. Если же ребенок теряет в весе больше указанного, или вес и в дальнейшем продолжает падать, значит ребенок болен или голоден и за ним необходимо установить особое наблюдение. Для проверки количества высасываемого ребенком молока при кормлении грудью надо взвешивать ребенка до и после кормления.

В родильном доме врач детской комнаты ежедневно осматривает каждого ребенка (рис. 197) и дает о нем соответствующие указания акушерке или сестре.

Уход за глазами, ушами, носом и ртом. Личико ребенка каждое утро обмывают кипяченой водой.

Глаза ребенку промывают кипяченой водой или 2% раствором борной кислоты. При этом каждый глаз обязательно промывают отдельной ваткой. Если в глазу появится гнойное отделяемое, об этом необходимо немедленно сообщить врачу и промывать этот глаз вторым.

При промывании надо производить движения по направлению снаружи внутрь (рис. 198).

Уши (имеется в виду наружный слуховой проход). Наружный слуховой проход у ребенка очень узок, а выстилающая слуховой проход кожа очень нежная. Поэтому все манипуляции при туалете ушей необходимо производить крайне осторожно, пользуясь только мягкими ватными жгутиками. Пользуясь же каким-либо твердым предметом, можно произвести прободение барабанной перепонки или поранить стенку слухового прохода.

При гноетечении из уха необходимо прежде всего сообщить об этом врачу и тщательно следить за тем, чтобы гной не скопился в наружном слуховом проходе. Для этого следует чаще протирать наружный слуховой проход ватным жгутиком.

Но с грудного ребенка также необходимо содержать в чистоте. Небольшие корочки в носу могут затруднять дыхание, вызывая сильное сопение.

Слизистая оболочка носа еще нежнее, чем таковая в наружном слуховом проходе, поэтому все манипуляции следует проводить крайне бережно и нежно. Для протирания отверстий носа пользуются ватными жгутиками, слегка пропитанными вазелиновым маслом. Такое протирание (рис. 199) слегка раздражает слизистую и вызывает чихание, с которым отделяются корочки.

При сильном насморке необходимо смазывать вазелином кожу под носиком, чтобы предохранить ее от раздражения.

Рот ребенка протирать не надо—такая манипуляция приносит вред (раздражение слизистой, занесение инфекции). Развивающаяся иногда во рту у ребенка молочница указывает на неправильное вскармливание, плохой уход и нередко является моментом, сопутствующим другим заболеваниям. При наличии молочницы рекомендуется не протирать рот, а лишь смазать пораженные места ватным тампоном, смоченным 10% бурой с глицерином.



Рис. 199. Протирание носика ватным жгутиком, слегка пропитанным стерильным вазелиновым маслом.

Постель ребенка. В родильном доме каждый ребенок имеет отдельную кроватку под одним номером с кроватью матери. Но и дома у ребенка обязательно должна быть отдельная кровать. Мать ни в коем случае не должна укладывать ребенка с собой в одной кровати. Это и негигиенично, и опасно; опасно потому, что заснувшая мать может придавить ребенка.

В домашних условиях, если нет для ребенка отдельной кровати, ее можно заменить обычной чистой бельевой корзиной, застеленной чистым холстом; корзину ставят на две связанные между собой табуретки. В корзину кладут чистый тюфяк в наволочке, а поверх него клеенку, простынку и небольшую подушечку.

Акушерка обязана прививать матери правильные навыки кормления и ухода за новорожденным, одновременно борясь с существующими еще кое-где различными предрассудками (свивание ребенка, качающиеся закрытые пологом люльки, удаление соринки из глаза языком, беспорядочное кормление грудью).

Необходимо добиваться того, чтобы грудной ребенок вскармливался матерью или только грудным молоком, бороться с применением жвачки и раннего прикорма, что влечет за собой тяжелые желудочные заболевания. Надо добиваться, чтобы ре-

бенка не кутали, не перегревали, выносили на воздух, не протирали пальцами или еще чем-либо его ротик; следует запретить целовать ребенка, так как через поцелуй могут передаваться инфекционные заболевания: грипп, туберкулез и пр.

С первых же дней после родов надо проводить на эти темы санитарно-просветительные беседы с каждой матерью.

В случае какого-либо заболевания новорожденного акушерка или сестра детской комнаты прежде всего изолирует ребенка и срочно вызывает детского врача, а в отсутствие его дежурного врача, который принимает соответствующие меры. При неблагоприятном исходе заболевания она устанавливает факт смерти и делает соответствующую запись в материнском и детском листке, указав день и час смерти и ее причины.

Примерный распорядок дня отделения новорожденных

5.30—6.30	Измерение температуры тела. Подготовка новорожденных к первому кормлению
6.30—7.00	Первое кормление детей. Первая уборка палат, проветривание
8.30—9.30	Подготовка новорожденных ко второму кормлению
9.30—10.00	Второе кормление новорожденных
10.00—12.30	Осмотр детей врачом. Выполнение назначений
12.30—13.00	Подготовка новорожденных к третьему кормлению
13.00—13.30	Третье кормление детей. Вторая уборка палат, проветривание
12.30—13.30	Посещение врачом матерей
15.30—16.30	Подготовка новорожденных к четвертому кормлению. Выполнение назначений. Измерение температуры тела
16.30—17.00	Четвертое кормление новорожденных
19.00—20.00	Подготовка новорожденных к пятому кормлению
20.00—20.30	Пятое кормление новорожденных. Третья уборка палат, проветривание
22.30—23.30	Подготовка новорожденных к шестому кормлению. Выполнение назначений.
23.30—24.00	Шестое кормление новорожденных

Примечания. 1. Кормление новорожденных грудью матери через $3\frac{1}{2}$ часа, т. е. 6 раз в сутки, рекомендуется только в отношении здоровых доношенных новорожденных, хорошо сосущих и при достаточном количестве молока у матери. Для недоношенных детей, травмированных и слабых детей врач назначает индивидуальный режим питания в соответствии с состоянием ребенка.

2. Врач-педиатр должен информировать матерей о состоянии здоровья детей. Беседы врачей должны иметь разъяснительный характер и не нарушать покоя матери. Особенно чутко и внимательно должно быть отношение персонала к матерям заболевших детей и детей с аномалиями развития.

Режим детских палат и личная гигиена ухаживающего персонала

В детских палатах должна поддерживаться всегда температура в пределах 20—22° без резких колебаний. В летнюю жару детские палаты нужно охлаждать, слегка затемнять окна и проветривать в более прохладные часы суток.

Перегревание, как и охлаждение детей, вредно отражается на их здоровье и понижает сопротивляемость к обычным инфекционным заболеваниям.

Детские палаты нужно хорошо и систематически вентилировать. В зимнее время во время кормления детей необходимо открывать форточки и фрамуги, а в летнее время держать открытыми окна.

Кровати и особенно матрацы подлежат обязательной дезинфекции после выписки каждого ребенка. При отсутствии дезкамер матрацы нужно развешивать на открытом воздухе в течение не менее 8 часов.

Уборку детских палат проводят регулярно в то время, когда дети находятся у матерей для кормления. Полы моют горячей водой и производят влажное протирание мебели. Грязные пеленки складывают в баки из оцинкованного железа; баки выносят после каждого пеленания (6—7 раз в сутки) и промывают их дезинфицирующим раствором. Помимо каждодневной уборки, в отделении новорожденных устанавливается твердый план циклической уборки палат; после выписки всех детей палата тщательно моется и хорошо проветривается в течение не менее суток. Желательно после проветривания производить облучение детской палаты, равно мебели и стен (до высоты 1,5—2 м над уровнем пола) переносной ртутно-кварцевой лампой при расстоянии горелки 60—80 см от облучаемой поверхности.

Ежегодно в детских помещениях, как и в прочих помещениях родильного дома, обязательно производится побелка стен.

Персонал отделения новорожденных периодически проходит медицинское обследование в соответствии с существующими законоположениями, с обязательным осмотром венерологом, фтизиатром (с рентгеновским обследованием).

При повышении температуры, наличии острого катарра носоглотки или каких-либо гнойных поражений кожи, глаз персонал не допускается к обслуживанию новорожденных.

Не допускаются к обслуживанию новорожденных и лица, имеющие контакт с инфекционными больными, а также бациллоносители.

Перед вступлением на дежурство акушерки и сестры должны принять душ, после чего надевают чистое платье из хлопчатобумажной ткани, затем свежий, чистый халат, чистят и обрезают ногти, тщательно моют руки до локтей щеткой с мылом; волосы должны быть аккуратно подобраны и полностью закрыты косынкой.

Детское белье, особенно пеленки и распашонки, должно быть безупречной чистоты. При стирке белья его нужно обязательно вываривать, хорошо прополаскивать и тщательно проглаживать с обеих сторон горячим утюгом или стерилизовать в автоклаве. Пеленки, употребляемые для первого туалета, должны быть стерилизованные (в автоклаве); если такой возможности нет, — их повторно проглаживают очень горячим утюгом с обеих сторон. Нельзя производить стирку пеленок и детского белья в общей прачечной, где стирается белье других лечебных учреждений, особенно из отделений для гнойных и инфекционных больных.

Посуду (бутылки, чашки, кружки, стаканы, ложки), соски, шпатели и прочее тщательно моют после каждого употребления и обязательно кипятят. Вода и различные растворы, какие иногда дают ребенку, должны быть только свежеприготовленными, давностью не более суток, и хорошо прокипяченными. Способ хранения растворов и пользования ими должен исключать возможность их загрязнения, а тем более инфицирования.

Источником инфекции новорожденных может быть также женское молоко, если сцеживание его производится без тщательной асептики или если хранение молока производится в ненадлежащих условиях.

Изоляция заболевших детей. В детской комнате, где имеется несколько детей, своевременная изоляция заболевшего ребенка решает благополучие остальных детей. При появлении у ребенка насморка, кожных сыпей, гнойничков, при повышении температуры необходимо его немедленно отделить от прочих детей, потому что в условиях работы в детской комнате каждый час играет колоссальную роль.



Рис. 200. Новорожденных (здоровых) на каталке, покрытой стерильной простыней, развозят матерям; дети лежат «валетом». Для кормления матерям дети подаются с завернутыми ручками.

Для изоляции заболевших детей в родильных домах имеется специальная палата с закрытыми боксами. В небольших родильных домах имеются закрытые боксы, куда изолируют заболевших детей.

Инфекция с ребенка на ребенка может быть перенесена не только капельным путем, но и ухаживающим персоналом. В каждом боксе должен быть отдельный халат, который сестра надевает при входе в бокс. Так как в боксе проводят туалет новорожденного, в нем должно иметься все необходимое для этого.

Выходя из бокса, акушерка или сестра оставляет в нем халат и, прежде чем войти в другой бокс, тщательно моет руки.

Если всех детей обслуживает одна акушерка, она, как правило, должна раньше провести туалет всем здоровым детям, а потом уже идти к больным.

Детей, находящихся в боксе, подают матерям для кормления отдельно от других детей: таких детей не развозят в специальной каталке, как здоровых (рис. 200), а разносят на руках поодиночке (рис. 201). Опасность для ребенка представляет и больная мать (грипп, туберкулез). Таких матерей изолируют от здоровых родильниц.

Родильницы, больные гриппом, родильницы с покраснением в зеве, родильницы с кашлем и насморком обязаны кормить ребенка в маске такого же устройства, как и маски, которые носит персонал акушерского и детского отделений; маску сменяют при каждом кормлении.

При нарушении санитарно-гигиенического режима в детской палате, в родильной комнате, в послеродовых палатах, — словом, на любом участке родильного учреждения, у новорожденных могут возникнуть инфекционно-токсические заболевания.

Сопротивляемость новорожденных к распространенным в окружающей среде микробам, в частности, стафилококкам, стрептококкам, кишечной палочке и др., значительно ниже, чем у детей старшего возраста и у взрослых.

При неблагоприятных условиях болезнетворные возбудители могут проникнуть через участок тела новорожденного и вызвать различные инфекционные заболевания.

При грубых нарушениях санитарно-гигиенического режима даже обычные, распространенные микробы (стафилококк, кишечная палочка и др.) могут изменить свои биологические и патогенные свойства и стать весьма вирулентными и токсичными для новорожденных.

Особенно тяжелые формы токсико-септических заболеваний вызываются патогенной грамотрицательной флорой — кишечной палочкой.

У новорожденных даже легкие местно выраженные заболевания часто являются источником генерализации инфекции и развития токсикоза с последующим образованием вторичных гнойных очагов, т. е. у них возникают тяжелые септические процессы.

Поэтому инфекционные заболевания у новорожденных обозначают как токсико-септические.

Септическая инфекция у новорожденных может принять тяжелую форму эпидемического токсико-септического заболевания, имеющего разную микробную этиологию. В подобных случаях заболевание может наблюдаться иногда в виде групповых вспышек. Заболевшие новорожденные теряют в весе, перестают сосать грудь и вскоре у них появляются водянистые поносы.

Как было указано, условиями, способствующими возникновению токсико-септических заболеваний у новорожденных в родильных домах, являются: нарушения основных правил асептики и антисептики при уходе за роженицами, родильницами и новорожденными; нарушения, допущенные в личной гигиене персонала, — загрязнение рук, наличие гнойничковых поражений кожи,



Рис. 201. Заболевшего новорожденного отдельно подают матери для кормления (не на каталке).

бациллоносительство, заразные болезни в семье беременной женщины и персонала и некоторые другие; нарушение гигиенического режима материнской и детской койки (см. приложение 3); плохое качество стирки белья; неудовлетворительная санитарно-гигиеническая обработка рожениц при их поступлении в родильный дом; недостаточное проветривание и плохая уборка палат; неправильное хранение сцеженного грудного молока.

Источником инфекции новорожденных часто бывают заболевшие родильницы.

К условиям, способствующим возникновению инфекционных заболеваний, относится и низкая или неустойчивая температура в детских палатах и коридорах родильного дома, и относительное голодание новорожденных, снижающие сопротивляемость детей к инфекции.

Чаще заболевают слабые дети, — недоношенные, слабо развитые, дети с внутричерепной травмой, если они не обеспечены надлежащим уходом. В дальнейшем, если начавшиеся единичные случаи заболевания не были своевременно распознаны и не были проведены необходимые лечебные и профилактические мероприятия, токсико-септическая инфекция поражает здоровых, крепких, доношенных детей. При отсутствии надлежащего ухода и правильного лечения заболевание может привести к смерти новорожденного.

Своевременное, возможно раннее выявление инфекционного заболевания является решающим условием в предупреждении распространения инфекции.

Акушерка или медицинская сестра, работающая в детском отделении, не должна ограничиваться формальным уходом за ребенком. На протяжении всего дежурства они обязаны присматриваться ко всем детям и учитывать самые незначительные симптомы заболевания. Они обязаны учитывать малейшие изменения в поведении новорожденного. Плохо сосет, мало прибавляет или падает в весе, вяло кричит, сонлив или вовсе не спит и т. д. — все это должно привлечь внимание ухаживающего персонала и заставить его немедленно поделиться своими наблюдениями с врачом. Такие дети должны быть изолированы и находиться под особым наблюдением. Изоляцию каждого подозрительного на заболевание и тем более заболевшего ребенка необходимо проводить при любом болезненном состоянии, если даже диагноз заболевания не установлен.

Эпидемическое неблагополучие в родильном доме начинается обычно еще до появления тяжелых токсико-септических заболеваний у новорожденных. Этим формам заболеваний обычно предшествует увеличение частоты легких форм инфекционных заболеваний, на которых, к сожалению, персонал не всегда фиксирует должное внимание, что приводит к катастрофе. Вместе с тем своевременная изоляция и проведение надлежащих профилактических мероприятий при появлении легких форм заболеваний

безусловно предупреждают возникновение эпидемических вспышек токсико-септических заболеваний.

Для срочной ликвидации инфекции подозрительные на заболевание дети должны быть, как указывалось, немедленно изолированы и поставлены в особые условия ухода; наряду с этим, необходимо немедленно ликвидировать нарушения санитарно-гигиенических правил: правильная и своевременная изоляция гриппозных и лихорадящих родильниц, тщательный осмотр персонала и т. д.

Предотвращение и снижение летальности новорожденных при возникшей вспышке токсико-септических заболеваний в большой степени зависят от организации ухода за заболевшими.

Наряду с этим, необходимо добросовестно проводить все лечебные и профилактические мероприятия.

Лечение, которое обязательно назначает врач, важно начинать как можно раньше — при первых признаках заболевания, когда функциональные изменения в организме ребенка еще незначительны, обмен веществ резко не нарушен и у него еще сохранилась достаточная сопротивляемость к инфекции. Чем раньше начато лечение, тем быстрее наступает выздоровление.

В комплексе лечебных мероприятий большое значение имеет своевременно начатое систематически проводимое лечение антибиотиками (пенициллин, стрептомицин), применение сульфаниламидных препаратов, трансфузии крови, кислородной терапии, средств, тонизирующих сердечно-сосудистую систему, рациональное питание с достаточным количеством витаминов.

При всем этом особое значение имеет правильно организованный уход за ребенком.

Ликвидация вспышки токсико-септической инфекции в родильном доме невозможна без анализа причин заболеваний и без учета санитарно-гигиенических условий в учреждении.

Для рационального осуществления противоэпидемических мероприятий необходимо пользоваться советами компетентных специалистов и представителей санитарно-гигиенического надзора.

В целях надлежащей своевременной оценки состояния учреждения и проведения соответствующих организационных и профилактических мероприятий необходимо взаимное осведомление родильного стационара, детской и женской консультации о состоянии здоровья выписанных матерей и детей.

Новорожденные, у которых отмечены признаки какого-либо даже легкого заболевания, не могут быть выписаны из родильного дома; нельзя отпускать домой детей, вес которых не повышается.

Выписка детей, перенесших токсико-септическое заболевание, должна производиться только после полного выздоровления. О каждом случае токсико-септического заболевания родильный дом обязан поставить в известность местные органы здравоохранения и санитарно-эпидемиологическую станцию.

Если меры изоляции, карантинизации и радикального улучшения санитарно-гигиенического состояния родильного дома не дают результатов в короткий срок, немедленно прекращают прием рожениц, так как поступление новых детей и матерей в эпидемический очаг обычно дает резкое увеличение числа заболеваний,

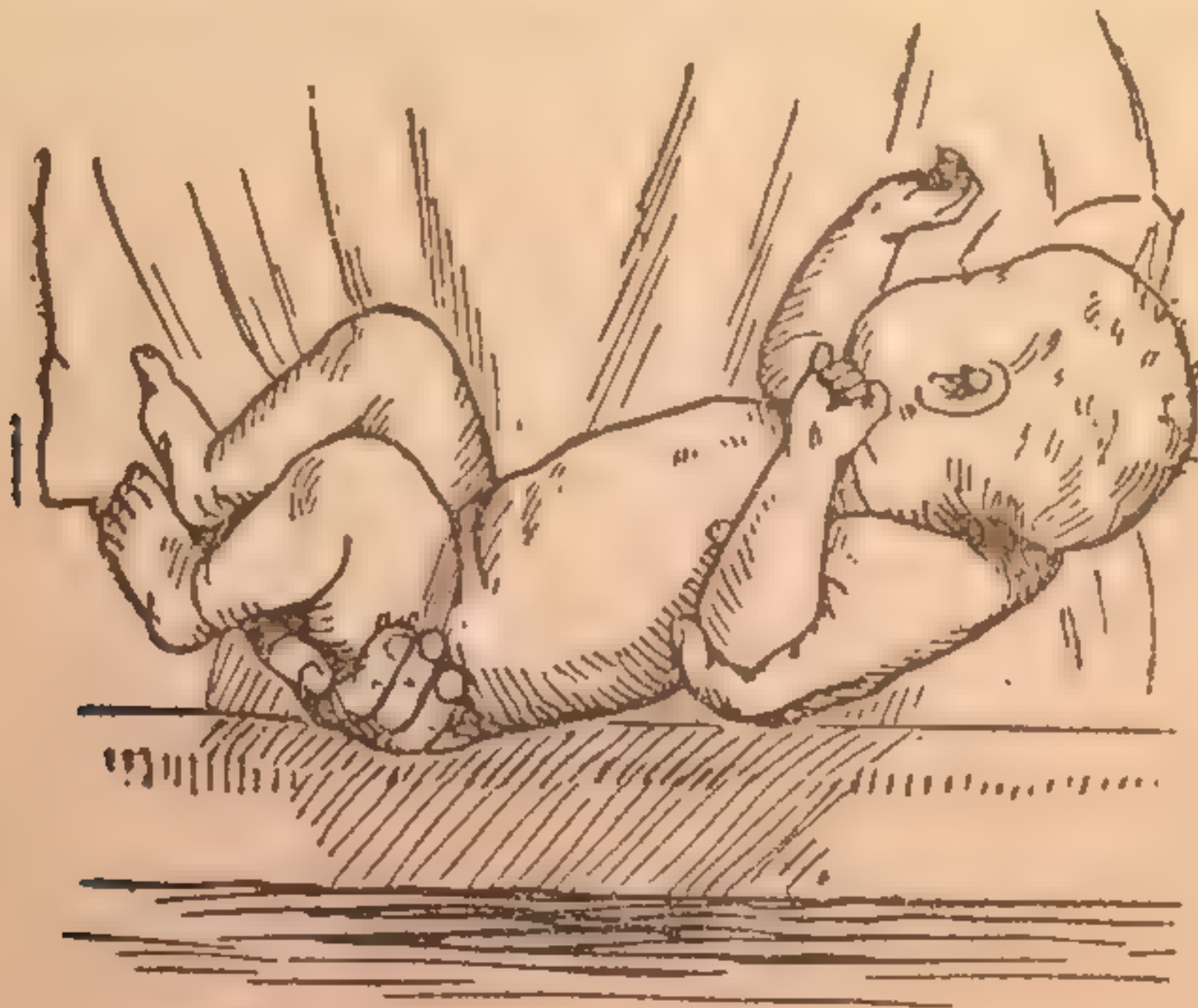


Рис. 202. Как надо держать ребенка при опускании его в ванну. Головка лежит на предплечье акушерки.

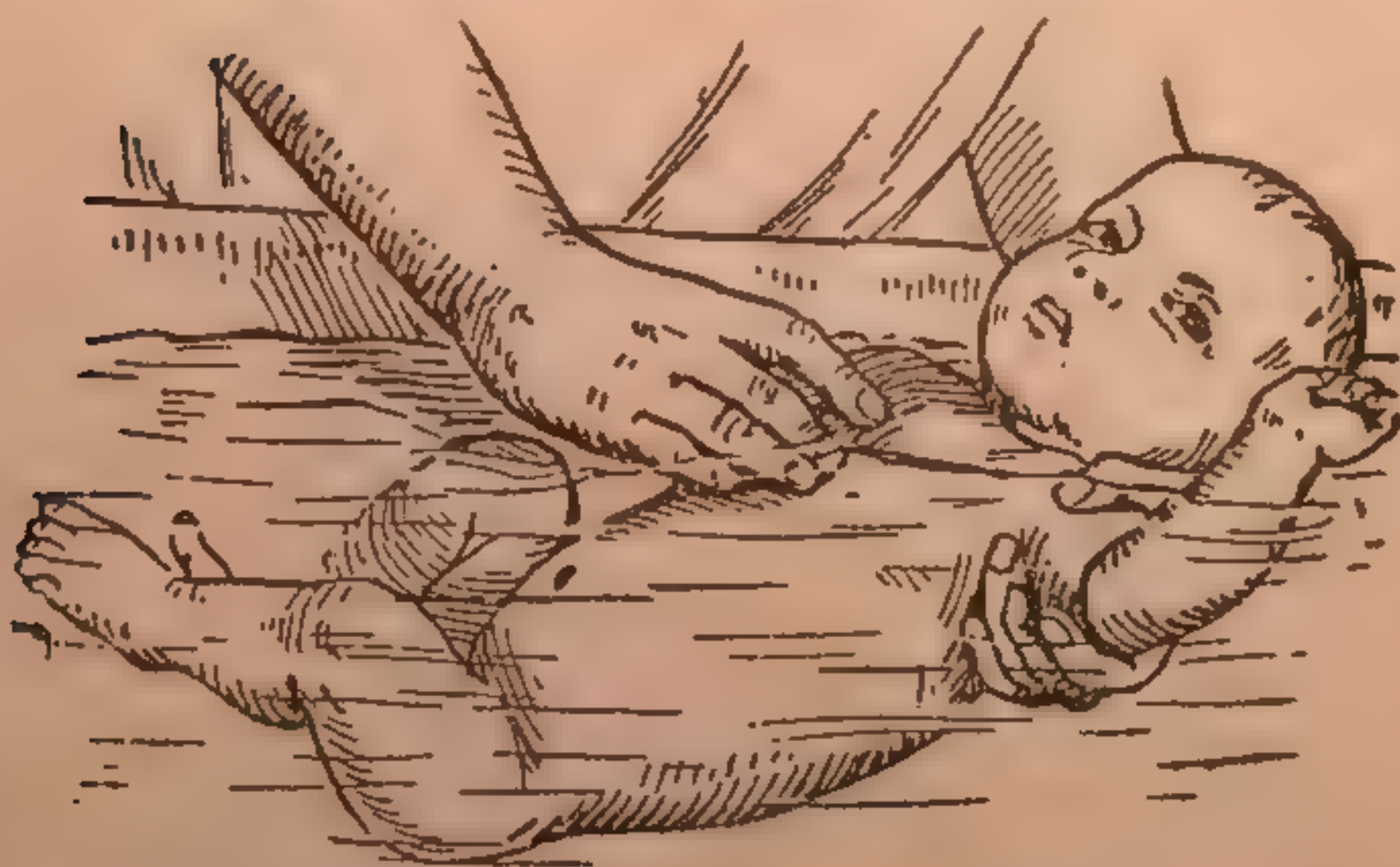


Рис. 203. Обмывание спереди.левой рукой акушерка держит младенца за плечо, при этом головка лежит на предплечье.

усиливает тяжесть их и ведет к значительному росту смертности. После закрытия родильного дома и выписки всех родильниц и детей проводится основательная уборка всех помещений с последующей тщательной дезинфекцией, побелкой, проветриванием их и стерилизацией всего инвентаря.

Выписка новорожденного. Перед выпиской из родильного дома надо показать ребенка матери развернутым; в листке должна быть сделана отметка об отклонениях (если они имеются) от

нормального состояния (опрелости, выделения из пупочной ранки). Мать при этом должна получить все необходимые указания по уходу за ребенком. Обычно этот осмотр проводится в виде беседы с группой выписывающихся родильниц. Сестра показывает матерям, как нужно купать ребенка в ванне (рис. 202, 203 и 204).

Как правило, новорожденных в течение обычного срока пребывания в родильном доме не купают; иногда, только по специальным показаниям, врач назначает ванны. Если пуповина еще не отпала, такую лечебную ванну (обязательно из кипяченой воды в $36-37^{\circ}$, иногда с очень слабым раство-

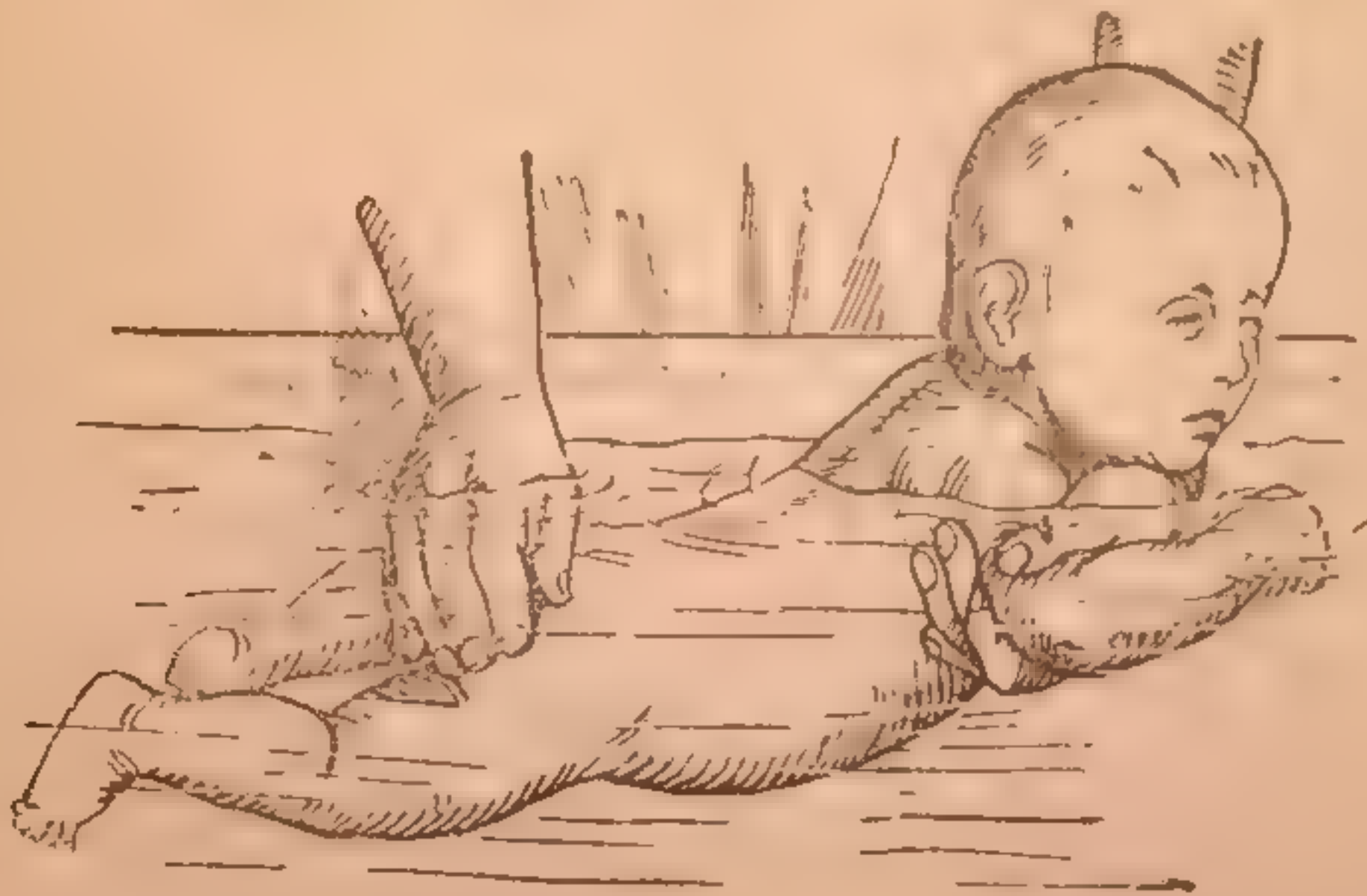


Рис. 204. Обмывание со стороны спинки. Повернув ребенка, акушерка держит его на своем предплечье; головка опирается на предплечье.

ром марганцовокислого калия) делают, не снимая повязки. После ванны повязку на пуповине разбинтовывают; отрезок пуповины заворачивают в смоченную спиртом марлевую салфетку и снова забинтовывают. Если пуповина отпала, что обычно происходит к 7—8-му дню после родов, пупочную ранку смазывают после ванны иодом.

Ванну каждый раз перед пользованием и после него тщательно моют стерильной мочалкой, горячей водой с мылом и протирают раствором лизола.

В беседе сестра объясняет родильницам, куда им обращаться, т. е. в какую консультацию, для дальнейшего наблюдения за ребенком. Если ребенок по тем или иным причинам нуждается в медицинском наблюдении с первых же дней по прибытии домой, родильный дом заранее сообщает об этом в консультацию, которая и устанавливает специальный патронаж.

Доношенного ребенка выписывают из родильного дома с матерью не ранее 9-го дня лишь при условии его нормального состояния (нормальная температура, вес и общее состояние). Недоношенные дети задерживаются дольше.

На листке новорожденного при выписке его расписывается дежурная акушерка или медицинская сестра и мать ребенка.

УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Смертность новорожденных в первую неделю жизни в основном идет за счет преждевременно родившихся детей, за счет детей недоношенных, почему этой группе новорожденных необходимо уделять особое внимание.

Недоношенный ребенок отличается от доношенного рядом признаков. Эти признаки тем резче выражены, чем меньше вес и длина недоношенного ребенка. К недоношенным относят детей, родившихся ранее нормального срока, с весом при рождении менее 2 500 г (до 1 000 г), длиной менее 45 см (до 36 см).

Определение доношенности новорожденного с длиной 45—47 см (включительно) производится в каждом отдельном случае на основании тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода.

Обычно отложение подкожного жира у плода происходит в последние месяцы беременности, поэтому недоношенные дети отличаются худобой.

Кожа недоношенного ребенка тонкая, местами сморщенная (складки), лицо морщинистое, что придает ему старческий вид. Вся кожа обильно покрыта пушковыми волосами. Голова большая, с высоким лбом, грудь узкая, конечности короткие, пупок расположен низко. Ушные раковины свисают вследствие недоразвития хрящей.

Яички еще не спустились в мошонку; они находятся либо в брюшной полости, либо расположены в паховом канале. У девочек половая щель открыта и малые половые губы выдаются из-под больших.

Недоношенные дети очень вялы, неподвижны; большей частью спят; дыхание у них поверхностное, голос тонкий, пискливый.

Помимо отмеченных внешних признаков, у недоношенного ребенка отмечаются недоразвития со стороны внутренних органов. Особые трудности в уходе связаны со склонностью к снижению температуры (35° и ниже), что объясняется недостаточной выработкой тепла вследствие слабости всех жизненных процессов и усиленной отдачей тепла (отсутствие жирового слоя), недостаточной терморегуляцией, связанной с недостаточной функцией мозговых центров.

Инфекция—наиболее частая причина повышения температуры у доношенных детей, у недоношенных протекает при низкой температуре. Причиной повышения температуры у недоношенных детей часто является перегревание (грелками) при отсутствии надлежащего внимания со стороны ухаживающей акушерки или сестры.

У недоношенных детей, вследствие недоразвития дыхательной системы, часто наблюдаются приступы асфиксии: ребенок начинает вдруг очень поверхностно дышать, кожа его синеет, дыхание становится судорожными, с длительными паузами. В таких случаях

необходима немедленная помощь в виде горячей ванны (40—41°), осторожно проводимое искусственное дыхание, впрыскивание лобелина или цититона и вдыхание кислорода (см. ниже).

Недоношенный ребенок нуждается в особенно внимательном, чрезвычайно бережном уходе и наблюдении.

Своевременно принимая надлежащие меры и проводя соответствующий уход, можно значительно снизить смертность недоношенных детей. В этой ответственной работе решающая роль принадлежит акушерке и сестре.

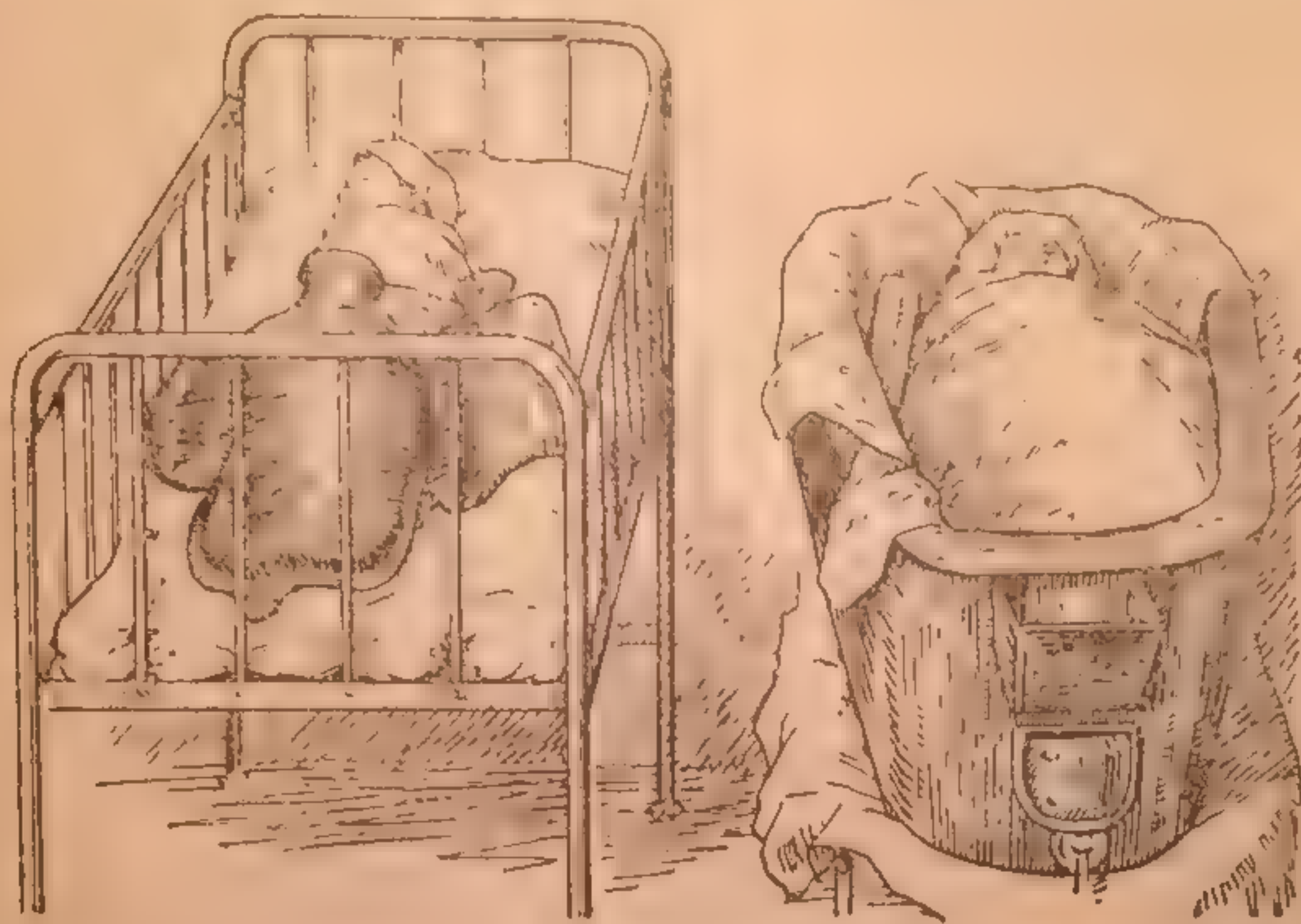


Рис. 205. Недоношенный ребенок в кувезе (справа); слева — недоношенный ребенок в кроватке, обложенный грелками.

Уже до рождения ребенка, как только начинаются преждевременные роды, следует заранее заготовить все необходимое для принятия ребенка: две бумажные стерильные пеленки, согретые грелкой, и два теплых байковых одеяла.

Родившегося ребенка кладут на теплую стерильную пеленку и накрывают такой же пеленкой. Пуповину перевязывают и перерезают только после прекращения в ней пульсации. После отделения ребенка от матери его, как правило, передают акушерке или сестре детской комнаты (в родильном доме).

Отправляясь в родильный зал за ребенком, акушерка или сестра должны положить грелку в кроватку ребенка.

Туалет недоношенного ребенка необходимо проводить осторожно и быстро, всячески избегая его охлаждения. Рекомендуются при этом пользоваться тепловым рефлектором или подкладывать под ребенка не очень горячие (60—70°) грелки, завернутые в стерильную пеленку, не забывая, однако, о возможности ожога.

Сестра быстро накладывает бинт на пуповину, осматривает ребенка, взвешивает его, измеряет рост, затем одевает его, пеленает в нагретое белье и укладывает с приподнятым изголовьем

в кувез (рис. 205), представляющий собой ванну с двойными стенками, между которыми налита вода в $65-70^{\circ}$. Если специального кувеза нет, необходимо завернутого ребенка обложить в кроватке грелками или бутылками, наполненными водой (не выше 60°) и хорошо закупоренными.

Постель недоношенного ребенка должна быть заблаговременно согрета. В крупных родильных домах для недоношенных детей



Рис. 206. Кормление недоношенного ребенка через соску.

выделены специальные палаты, соответствующим образом оборудованные. В небольших родильных домах для них отводят часть палаты, отгороженную застекленными перегородками. Температура в такой палате должна быть не ниже 22° и не выше 25° при условии хорошей вентиляции. Для поддержания достаточной влажности воздуха в помещении для недоношенных детей ставят несколько открытых сосудов с водой.

Палата должна быть хорошо освещена, чтобы можно было своевременно заметить появляющийся у ребенка цианоз; в палате должны иметься наполненные кислородом подушки в чехлах.

Если ребенок находится не в специальном кувезе, а согревается с помощью грелок или бутылок, то сестра обязана следить, чтобы грелки или бутылки не подтекали, чтобы ребенок не получил ожога. Надо помнить, что недоношенный ребенок даже при ожоге не всегда кричит. Обычно температура в кроватке контролируется при помощи комнатного термометра, положенного под одеяло.

Ввиду особой нежности кожи недоношенного ребенка белье, в которое его заворачивают, должно быть мягким: надо употреблять фланелевые пеленки, фланелевые кофточки, мягкие шерстяные одеяла. Белье следует нагревать грелкой. Всякий раз, когда недоношенного ребенка пеленают или когда его осматривает врач, необходимо избегать охлаждения, для чего и эти процедуры следует проводить при отражательной лампе или на грелке (осторожно!).

Кормление. Первое кормление недоношенного ребенка следует начинать через 4 часа после рождения; число кормлений для таких детей равно 8—10 в сутки. За суточное кормление в первые дни жизни недоношенный ребенок получает молоко из расчета 200 мл на 1 кг веса. Детей, хорошо сосущих грудь, кормят грудью. Если ребенок не умеет сосать, то его кормят сцеженным грудным молоком. При этом, в зависимости от сосательных способностей, ребенка кормят либо из бутылочки через резиновую соску (рис. 206), либо с ложечки. Если же ребенок не сосет, то молоко вводят через нос при помощи пипетки (рис. 207) или с помощью зонда (рис. 208).

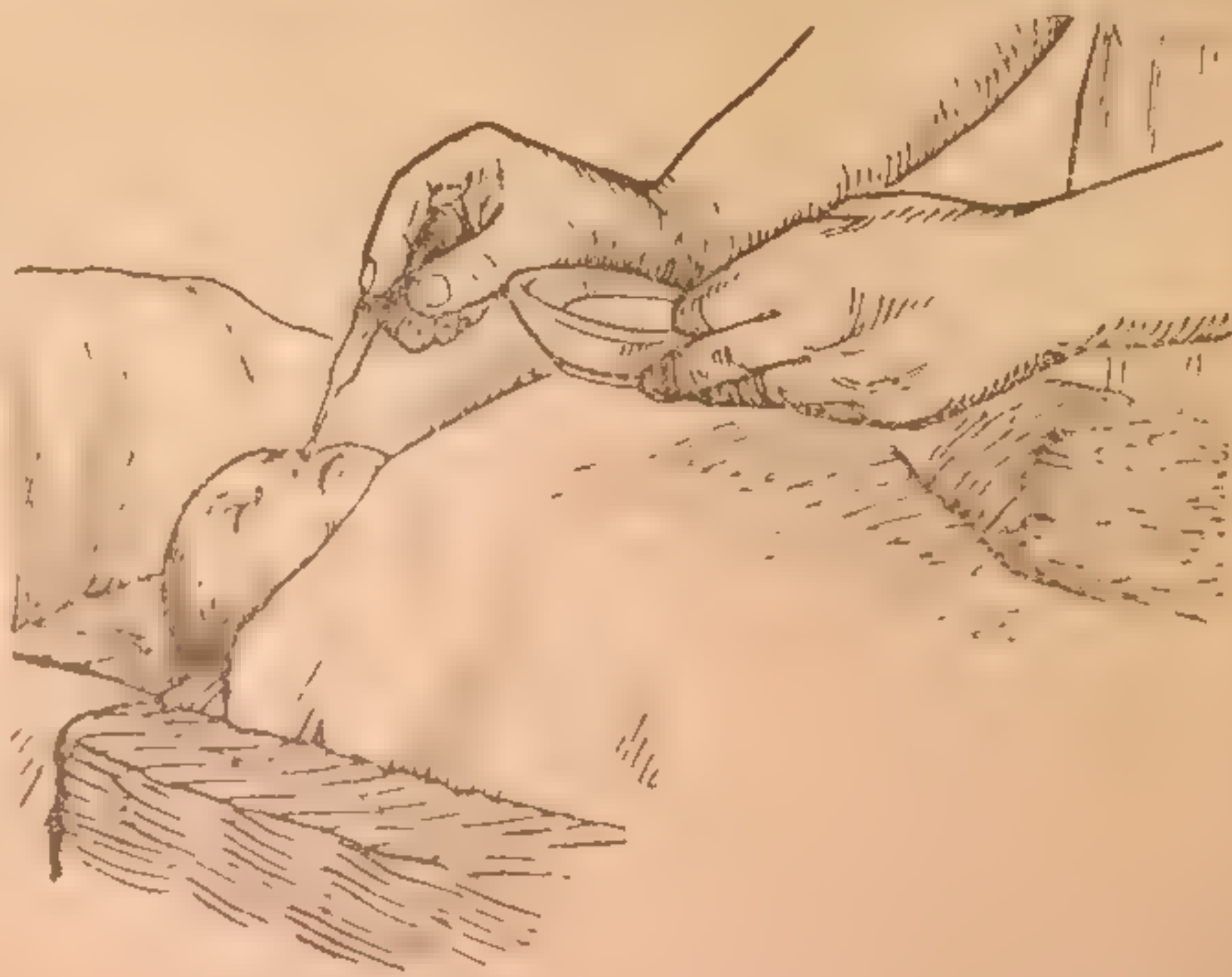


Рис. 207. Кормление недоношенного ребенка из пипетки через нос.

Резиновую соску прокалывают раскаленной иглой; дырочка должна быть такой величины, чтобы молоко вытекало крупными каплями. Молоко должно быть слегка подогрето.



Рис. 208. Кормление недоношенного ребенка при помощи зонда, введенного через рот. Зонд вводят в положении ребенка на боку.

При кормлении с ложечки пользуются маленькой чайной, слегка удлиненной ложечкой. Бутылочку с грудным молоком ставят в посуду с теплой водой: таким образом, молоко остается теплым во все время кормления. До и после кормления ребенку дают дышать кислородом.

При кормлении пипеткой молоко набирают в прокипяченную пипетку и, не вводя пипетки в нос, капают попеременно на верхнюю губу то ближе к левой, то ближе к правой ноздре.

При кормлении с помощью зонда пользуются или мягким резиновым катетером № 13—15, соединенным короткой (4—5 см)

стеклянной трубкой со вторым катетером, который другим своим концом соединен со стеклянной воронкой, или длинным зондом, соединенным с воронкой. Зонд без всяких усилий вводят через рот в пищевод на глубину 12—13 см (рис. 208); лучше это делать во время сна ребенка.

Зонд должен быть мягким; кончик его смазывают вазелином. Подогретое молоко вливают через воронку непрерывно, чтобы избежать введения с молоком большого количества воздуха. По окончании кормления зонд быстро вынимают. Вся процедура кормления продолжается 3—4 минуты.

Перед каждым кормлением и по окончании кормления ребенку дают подышать кислородом. Об этом особенно важно помнить при кормлении детей, у которых при этом наблюдаются признаки цианоза.

Всякий раз до и после кормления грудью ребенка необходимо тщательно взвешивать.

Недоношенных детей держат в родильном доме дольше и выписывают не ранее 14-го дня. Ослабленных же несосущих детей задерживают в родильном доме вместе с матерями и дольше этого срока.

При выписке недоношенного ребенка мать следует тщательно обучить уходу за ребенком; она должна в домашних условиях поддерживать необходимую температуру в помещении (в пределах 19—22°), где будет находиться ребенок, должна уметь его кормить. Дома для такого ребенка заблаговременно должно быть заготовлено все необходимое (белье, грелки, термометр, ванночка).

Отправляя ребенка домой, надо принять все меры к тому, чтобы он в дороге не охладился, и потеплее завернуть его.

Помимо инструктажа матери, родильный дом за 3—4 дня до выписки извещает консультацию о предстоящей выписке недоношенного ребенка с тем, чтобы патронажная сестра могла заблаговременно создать у него на дому соответствующую обстановку, а также для того, чтобы установить тщательное наблюдение (врача и сестры) за ребенком с первого же дня его прибытия домой.

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Внутричерепные кровоизлияния являются одной из частых причин внутриутробной смерти плода при родах и одной из наиболее частых причин смертности новорожденных в первые часы и дни после рождения.

В большинстве случаев внутричерепные кровоизлияния встречаются у недоношенных детей, а также у детей, матери которых в течение беременности болели нефропатией, гриппом и другими острыми инфекционными заболеваниями.

Внутричерепные кровоизлияния, как и кровоизлияния в другие органы плода, связаны с недостаточным развитием сосудистой стенки, с недоразвитием в ней эластических волокон.

Подобные кровоизлияния у новорожденных возникают в связи с родовой деятельностью, преимущественно при очень затяжных (свыше суток) или, наоборот, чрезмерно быстро протекающих родах (6—8 часов), при родах с оперативными вмешательствами (щипцы, поворот и др.). Во время родов у плода повышается кровяное давление, что при сравнительно легкой ранимости сосудистой стенки, как указывалось выше, может вести к ее разрыву с последующим кровоизлиянием.

Отсюда ясны и задачи акушерки в борьбе с внутричерепными кровоизлияниями, а именно: профилактика преждевременных родов, предупреждение, своевременное и правильное лечение заболеваний у женщин во время беременности, правильное бережное ведение родов. Другая задача: уметь распознавать даже и небольшие внутричерепные кровоизлияния у новорожденных и путем правильного ухода сохранить им жизнь.

В зависимости от места разрыва и степени кровоизлияния, клиническая картина бывает различной. Мелкие множественные кровоизлияния легко возникают при затяжных родах вследствие венозного застоя в сосудах полости черепа; они могут иметь место и при быстрых родах, при которых головка, не успев конфигурироваться, быстро продвигается энергичными схватками.

При обширных кровоизлияниях, особенно в области жизненно важных центров, смерть новорожденного наступает в первые часы или сутки после рождения. При мелких кровоизлияниях при рождении и даже в первые двое суток после рождения может иногда и не быть ясно выраженных симптомов, указывающих на кровоизлияние. Только на вторые-третьи сутки не дававшие о себе знать мелкие кровоизлияния становятся заметными. Этому обычно способствуют движения при переносе ребенка, при пеленании, при кормлении грудью, в результате чего, возможно, увеличивается и кровоизлияние.

Симптомы кровоизлияния. В связи с повреждением центральной нервной системы, при внутричерепной родовой травме отмечаются нарушения функций различных органов и систем.

Одним из основных симптомов внутричерепной травмы является расстройство частоты, ритма и глубины дыхания. Частота дыхания может достигать до 100 в минуту, дыхание может быть поверхностным, а в ряде случаев принимает характер неровного или судорожного дыхания.

У большинства новорожденных с внутричерепной травмой уже с первого дня после рождения отмечается бледность и синюшность кожных покровов. У доношенного ребенка, в первые сутки отмечается резко выраженное возбуждение. Он кричит, не спит, глаза у него открыты, он не сосет, появляются судороги в

виде подергивания отдельных мышц лица, верхних и нижних конечностей; отмечается нистагм, косоглазие. Между приступами судорог ребенок как будто успокаивается, а при появлении следующего приступа вновь начинает кричать, дыхание становится поверхностным, учащенным, появляется приступ асфиксии—посинение лица, а затем и всего тела. Описанные симптомы возбуждения продолжаются в течение первых трех суток; затем наступает резко противоположное состояние: ребенок перестает кричать, впадает в угнетенное сонливое состояние, не сосет, перестает глотать, судороги прекращаются, дыхание становится неравномерным, поверхностным, чаще появляются приступы асфиксии, кожа становится бледной, с синюшным оттенком, ребенок не реагирует на раздражения, конечности все время находятся в состоянии сгибания, их с трудом удается разогнуть; температура падает до $35,6^{\circ}$, а в некоторых случаях, наоборот, повышается до $39-40^{\circ}$. Если все описанные симптомы продолжаются более 5 дней, то часто наступает неблагоприятный исход.

У недоношенных детей симптомы кровоизлияния в полость черепа носят несколько иной характер. Периода возбуждения (беспокойство, судороги и т. д.) у них обычно не бывает; появляются иногда дрожания верхних и нижних конечностей, особенно усиливающиеся при прикосновении к ним. С первого же дня жизни ребенок очень вял, не сосет, не глотает, не кричит и все время спит, плохо дышит, часто синеет, тоны сердца глухие; он плохо согревается, хотя и обложен грелками; ножки холодные, температура не доходит даже до 36° . Уже в первые сутки появляется склерома (уплотнение кожи на конечностях, лице, спине) и склередема (твердый отек кожи).

Чаще приходится встречаться с первоначально незначительными кровоизлияниями, не дающими при рождении симптомов родовой травмы. Только позднее, спустя 2—3 дня, к тому же большей частью в связи с неправильным уходом, образуются вторичные кровоизлияния, ухудшающие состояние ребенка. Задача врача и акушерки не только своевременно распознать хотя бы малейшие признаки кровоизлияния, но и предвидеть возможность таких травм по характеру течения родов. Так, например, при родах с наложением щипцов, при родах в ягодичном, лицевом и других неправильных предлежаниях плода, после поворота при поперечном положении плода, при асфиксии надо предполагать возможность указанной родовой травмы, хотя бы в первый день у ребенка и не обнаруживалось признаков ее. Таких детей необходимо сразу же направлять в палату или бокс для травмированных новорожденных. Такая палата должна быть светлой, хорошо вентилироваться; температура в ней должна быть не ниже 20° . В палате должно быть наготове все, что может потребоваться при уходе за травмированным ребенком: кислород в подушках, зонды и пипетки для искусственного вскармливания, стерильный шприц с иглами, кофеин, цититон и лобелин.

Новорожденному с родовой травмой или с подозрением на возможность таковой создают с первых минут после рождения условия, обеспечивающие покой и нормальное дыхание. Ребенок лежит со слегка приподнятым изголовьем; завернут нетуго, ребенка надо проводить в кроватке, притом крайне бережно, не делая лишних движений.

Если у ребенка отмечаются судороги, к головному концу кроватки надо подвесить пузырь со льдом так, чтобы он только слегка касался головки (рис. 209), к ножкам кладут грелку температуры не выше 60° . Каждый час ребенку дают дышать кислородом. Кислород дают через воронку из подушки; в это время ребенок должен быть распеленут, чтобы он мог глубже дышать.

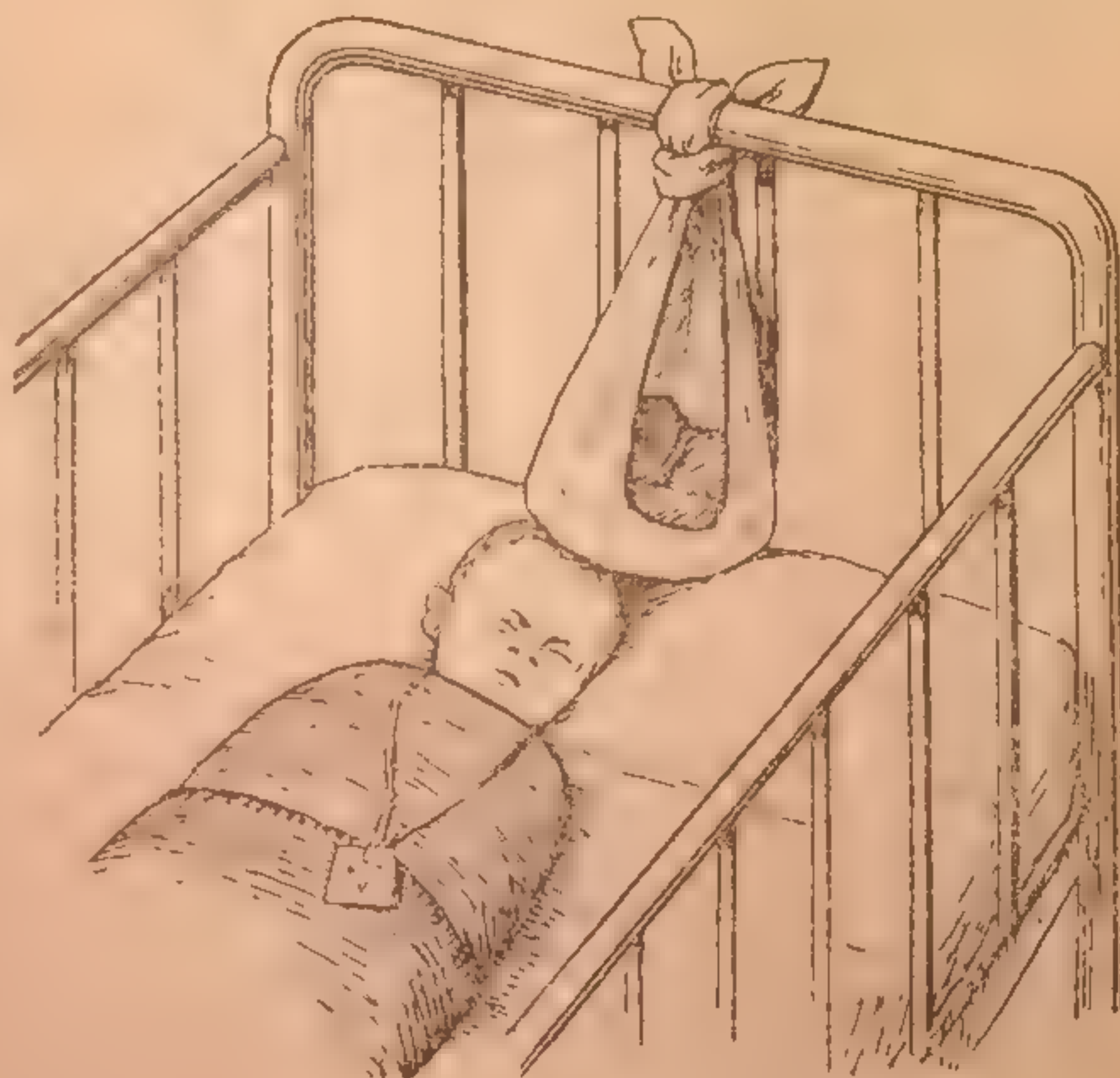


Рис. 209. Подвешивание пузыря со льдом к головке ребенка.

Указанных новорожденных в течение первых 3—4 дней не прикладывают к груди.

Кормление проводится в кроватке сцеженным грудным молоком, смотря по состоянию ребенка, — либо через соску, либо пипеткой, либо, наконец, через зонд (по назначению врача).

В результате кровоизлияний, а также непосредственной травмы у новорожденного возможен парез лицевого (отвисание угла рта) или плечевого нерва, иногда наблюдается паралич конечностей — все это требует покоя и сугубо бережного ухода за ребенком.

При появлении у ребенка асфиксии необходимо (до прибытия врача) ввести подкожно цититон и давать ему дышать кислородом. Из лекарственных средств при кровоизлияниях применяют витамин К в виде 1% раствора от 3 до 8 капель 2 раза в день в течение первых 3—5 дней после рождения; 10% раствор хлористого кальция по 1 чайной ложке 6—8 раз в день — до 10-го дня после рождения; витамин С (аскорбиновую кислоту) 2 раза в день по 0,05 г, витамин В₁ по 0,0025 г 2 раза в день.

Витамины следует давать одновременно в ложечке с глюкозой или с грудным молоком.

При общем возбуждении и судорогах рекомендуется люминал по 0,008 г 2 раза в день; при частых судорогах — внутримышечно 1 мл 20% раствора сернокислой магнезии.

Самое главное — это бережное, внимательное и умелое обращение с таким ребенком именно в первые часы и дни после рождения; это в большинстве случаев предупреждает печальный исход и сохраняет жизнь ребенку.

Выходить ребенка с родовой травмой — прямой и почетный долг акушерки.

ОТНЯТИЕ РЕБЕНКА ОТ ГРУДИ

Обычно ребенка кормят грудным молоком до года. К этому сроку он получает грудное молоко 2 раза в день. Отнимают ребенка от груди постепенно: если ребенок получает грудное молоко 2 раза в день, то один раз (обычно утром) его заменяют коровьим молоком с сахаром (полная чайная ложка сахара на стакан цельного коровьего молока). Через неделю переходят полностью на кормление коровьим молоком.

Слишком продолжительное кормление грудью ребенку не нужно, и оно вредно отражается на здоровье матери. Иногда матери затягивают кормление с целью предупредить наступление новой беременности, что, однако, как выше указывалось, не всегда приводит к желаемым результатам.

Нельзя отнимать ребенка от груди летом, в жаркое время года и когда ребенок нездоров. Если ребенок недавно отнят от груди и заболел, ему нужно снова начать давать грудь. Это вполне возможно, даже если матери кажется, что у нее нет молока. Прикладыванием ребенка к груди, а если ребенок не сосет, то настойчивым сцеживанием обычно удается вызвать и усилить лактационную функцию молочных желез. Надо помнить, что даже небольшое количество материнского (женского) молока при болезни ребенка является для него очень важным лечебным средством.

Когда мать кончает кормить ребенка грудью, для прекращения образования молока нужно туго забинтовать молочные железы, как описано на стр. 264. В первые два-три дня после отнятия ребенка от груди мать должна меньше пить. Если все же отмечается сильное «нагрубание» молочных желез, рекомендуется принять слабительное (*Magnesiae sulfuricae Natril sulfurici* āā 15,0 на прием).

АКУШЕРСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Глава XV

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Беременность, как выше (стр. 78) было указано, наряду с изменениями функций отдельных органов, сопровождается большими изменениями в обмене веществ.

Характер течения беременности зависит от состояния здоровья организма в целом, от работоспособности его органов, от способности и степени их приспособляемости к изменениям, вызываемым беременностью, от условий питания, труда и быта.

Для громадного большинства женщин беременность является оздоравливающим фактором; нередко только с первой беременностью как бы завершается развитие женского организма.

Наступающие часто в начале беременности легкая тошнота, иногда рвота, отвращение к еде, сонливость, кожный зуд в громадном большинстве случаев вскоре исчезают, и беременность продолжается без заметных отклонений.

Если высшие отделы центральной нервной системы оказываются не в состоянии приспособить организм к новым условиям, какие создаются в связи с наступившей беременностью, последняя протекает с различными патологическими отклонениями.

Заболевания, связанные с беременностью, объединяют обычно общим понятием: токсикозы беременности, или гестозы. Чаще они наблюдаются у тех женщин, у которых до беременности были те или иные отклонения в обмене веществ или у которых имела место недостаточная работоспособность органа или системы органов; если при этом не соблюдается соответствующий режим (питание, отдых) и не проводится своевременное лечение, беременность может перейти из состояния физиологического в состояние патологическое. Возникновение токсикоза беременности может быть связано с различными воздействиями на организм (болезнь, психические переживания), имевшими место в прошлом или в течение беременности.

Большое значение имеет при этом нарушение рефлекторных реакций организма на раздражения нервных оконча-

ний матки, на импульсы, идущие со стороны развивающегося плода.

При прочих сравнительно одинаковых условиях реакция организма на новое состояние, каким является беременность, зависит от типа нервной деятельности женщины, от функционального состояния ее нервной системы, обусловленного факторами внешней и внутренней среды.

Очевидно, женщины, относящиеся к возбудимому, неуравновешенному типу, и женщины, относящиеся к спокойному, уравновешенному типу, будут по-разному реагировать на беременность.

Широкие оздоровительные мероприятия, какие проводятся в Советском Союзе, система диспансеризации населения, охрана здоровья детей и подростков — все это ведет к своевременному выявлению и к ликвидации хронических заболеваний и интоксикаций, что способствует повышению сопротивляемости организма.

Врач и акушерка в условиях объединения родильных домов и консультаций активно участвуют в организации и проведении оздоровительных мероприятий в отношении взрослых женщин и девочек — как подростков, так и раннего детского возраста.

Наблюдая женщину в консультации с первых недель беременности, как уже выше упоминалось (стр. 95), ее обследуют, выявляют у нее хронически протекающие инфекции и интоксикации (туберкулез, малярия, тонзиллит, глистная инвазия и пр.), которые в данный момент, может быть, и не беспокоят ее. Таким образом, обнаруживают «уязвимое место» в ее организме и путем своевременного лечения ликвидируют его. Это ведет к оздоровлению организма женщины — она легче справляется с требованиями, которые предъявляет к ее организму беременность.

Все это не менее важно и для нормального развития плода и должно рассматриваться как неотъемлемое звено в цепи мероприятий по антенатальной охране младенца.

Токсикозы первой половины беременности

Токсикозы беременности могут проявляться чрезвычайно разнообразно. Некоторые из них следует рассматривать не как самостоятельные заболевания, а как отдельные переходные стадии одного и того же заболевания.

Токсикозы беременности принято условно делить на токсикозы первой половины и токсикозы второй половины беременности.

В первой половине беременности токсикозы обычно проявляются в виде слюнотечения, тошноты, рвоты, заболевания кожи, желтухи и некоторых других признаков.

Слюнотечение (ptyalismus) и рвота беременных (emesis gravidarum) появляются обычно очень рано, и если не исчезают и тем более если прогрессируют, то ко 2—3-му месяцу беременности становятся очень тягостными. Большая часть усиленно выделяю-

шейся слюны выплевывается; нередко в таких случаях беременные выделяют за сутки по несколько стаканов слюны; теряют аппетит, резко, что называется, на глазах, худеют, слабеют и вынуждены лежать в постели.

Таких больных, как правило, необходимо помещать как можно раньше в стационар, в палату для беременных; иногда при перемене обстановки и без лечения явления токсикоза беременности прекращаются.

Исследованиями советских ученых установлено, что при рвоте беременных имеет место нарушение нормальных взаимоотношений между корой и подкоркой в сторону понижения активности коры и повышения возбудимости подкорки.

Лечение слюнотечения и рвоты сводится к поддержанию сил организма путем рационального режима и питания. С целью воздействовать на кору головного мозга рекомендуется проводить лечение препаратами брома, кофеина (стр. 303) и лечение сном. В некоторых случаях прибегают к искусственному питанию с помощью клизм из 10% глюкозы и других питательных веществ (бульон, молоко, яичный желток). Рекомендуется полоскать рот настоем шалфея или ромашки. Обычно встречающаяся рвота беременных (*emesis gravidarum*) у громадного большинства беременных к 3—4-му месяцу исчезает; в некоторых случаях рвота усиливается и может перейти в так называемую неукротимую рвоту.

Неукротимая рвота (*hyperemesis gravidarum*) представляет собой тяжелое страдание, ведущее к истощению организма, а в некоторых далеко зашедших случаях даже к смерти.

При неукротимой рвоте беременные ничего не могут есть; попытки принять пищу тут же кончаются обильной рвотой; это приводит к значительному падению веса и резкому истощению. Однако иногда и такие больные при своевременной госпитализации и соответствующем лечении поправляются и благополучно донашивают беременность.

Если беременная с неукротимой рвотой продолжает оставаться дома, без соответствующего лечения, она чрезмерно истощается. У нее резко уменьшается диурез, в моче появляется белок, гиалиновые, зернистые цилиндры, иногда кровь (эритроциты). Голодание на почве истощающей рвоты ведет к тяжелой дистрофии; в моче появляется ацетон. Из рта такой больной исходит запах ацетона (пахнет яблоками); пульс частый, иногда повышается температура; вследствие большой потери жидкости отмечается резкая сухость кожи, появляются различные сыпи и фурункулы.

Если не начать немедленно лечение, больной угрожает смерть вследствие глубоких (необратимых) изменений в органах (почки, печень).

О возможности такого исхода никогда не надо забывать; ко всякой рвоте у беременной надо относиться как к симптому, требующему пристального внимания.

Как правило, всех беременных с рвотой необходимо направлять в консультацию, к врачу, а затем госпитализировать. Беременных с рвотой, у которых отмечается падение в весе, похудание, учащение пульса, безусловно необходимо немедленно поместить в стационар.

Лечение неукротимой рвоты сводится к тому, чтобы предотвратить резкое истощение организма и компенсировать большой расход питательных материалов. При правильном и своевременно начатом лечении почти во всех случаях удается довести беременность до второй ее половины, когда рвота обычно исчезает.

Наряду с общими мероприятиями, необходимо индивидуальное лечение, связанное с выявлением основных причин заболевания. К числу общих мероприятий относятся:

1) своевременное помещение в стационар, где будет обеспечен соответствующий лечебно-охранительный режим и внимательный уход;

2) питание по выбору больной; пищу больная должна принимать лежа; если больная не может питаться обычным путем, питательные вещества (молоко, глюкоза, бульон и т. д.) вводят с помощью капельной клизмы или дуоденального зонда;

3) инъекции инсулина под кожу за 15—20 минут до еды или до введения внутривенно 40% раствора глюкозы в количестве 50 мл, повышающего окислительные процессы; это повторяют ежедневно, пока не прекратится рвота; лечение препаратами брома;

4) насыщение организма беременной витаминами, которые обычно вводят внутривенно вместе с глюкозой или дают внутрь в виде поливитаминных таблеток;

5) лечение основного заболевания, хронической инфекции и интоксикации (малярия, туберкулез, глистная инвазия, тонзиллит, кариес зубов и др.).

Наряду с указанными мероприятиями, хорошее действие оказывает хлористый кальций: 10% раствор вводят в клизме (1 столовая ложка раствора на $\frac{1}{4}$ стакана молока или воды) или вводят внутривенно 10 мл стерильного 10% раствора; применяются также бромистые клизмы (1,0 *Natrii bromati* на полстакана молока).

В своих исследованиях Н. В. Кобозева установила, что у беременных с явлениями раннего токсикоза беременности повышена функциональная активность и усилены раздражительные процессы подкорковых центров, наряду с этим понижена возбудимость коры и ослаблены тормозные процессы в ней.

И. П. Павлов своими экспериментальными исследованиями доказал, что при ослаблении корковой деятельности благотворно действует бром в сочетании с кофеином. Бром, согласно его данным, усиливает тормозные процессы, а кофеин повышает активность коры головного мозга и тем самым регулирует высшую нервную деятельность.

Пользуясь данными, полученными М. К. Петровой в лаборатории И. П. Павлова, Кобозева, наряду с другими лечебно-профилактическими мероприятиями (постельный режим, эмоциональный покой, борьба с голоданием и обезвоживанием организма), применила для лечения ранних токсикозов беременности препараты брома и кофеина и получила быстрый лечебный эффект.

Бромистый натрий (*Natrium bromatum*) вводится внутривенно в виде 10% стерильного раствора в количестве от 10 до 20 мл ежедневно в течение не менее 10—15 дней.

Кофеин применяется по 0,1 г 3 раза в день внутрь или 2 раза в день под кожу в виде *Sol. Coffeini natrio-benzoici* 10% по 1 г в течение 10—15 дней.

При уходе за такой больной нужно проявлять максимум терпения и внимания, точно выполняя предписания врача, и тщательно следить за ее состоянием. Эти больные очень раздражительны и часто находятся в угнетенном состоянии. Они не выносят громкого разговора, яркого света, поэтому в палате надо соблюдать тишину. Во время рвоты больную следует слегка повернуть на бок и поддерживать ее голову. После рвоты больная должна прополоскать рот 2% раствором борной кислоты. Если больная может удерживать хотя бы незначительное количество жидкости, ей дают небольшими глотками глюкозу, маленькими кусочками лед.

Надо ежедневно, а иногда и по несколько раз в день правильно оценивать тяжесть состояния больной. В особо тяжелых случаях неукротимой рвоты все наши мероприятия могут оказаться недействительными.

Большое значение для течения и исхода ранних токсикозов беременности имеет и волевая установка женщины. Очень трудно, иногда просто невозможно ликвидировать даже, казалось бы, легкие формы ранних токсикозов, если беременность почему-либо нежелательна для женщины. И, наоборот, женщины настойчиво стремящиеся сохранить беременность, при нашей помощи хорошо и быстро справляются со сравнительно тяжелыми формами ранних токсикозов беременности.

Пользуясь данными клинических и лабораторных исследований в сочетании с общим состоянием больной, в отдельных случаях в интересах жизни больной приходится прибегать к прерыванию беременности.

Дерматозы. Токсикоз беременности может проявиться и в виде заболеваний кожи: эритема, крапивница, зуд в области половых органов или всего тела, экзема, а иногда и более тяжелых заболеваний — *herpes gestationis*, *impetigo herpetiformis*.

При указанных формах токсикоза необходимо ограничить употребление пищи, богатой белками и жирами, надо насыщать организм витамином С, внутрь давать препараты брома, следить за регулярным опорожнением кишечника и непременно

создать максимально благоприятную успокаивающую обстановку для беременной.

Желтуха беременных встречается иногда при тяжелых формах токсикозов. Иногда встречается желтуха как самостоятельное заболевание при беременности. Появившаяся желтуха может ухудшаться в своем течении, при этом появляется рвота. В правом подреберье прощупывается увеличенная и болезненная печень. Дальнейшее прогрессирование желтухи ведет к уменьшению и атрофии печени, что может привести к смерти. При появлении у беременной первых признаков желтухи необходимо немедленно направить ее в стационар.

Токсикозы второй половины беременности

Во второй половине беременности встречаются токсикозы преимущественно отечно-почечного ряда; к ним относятся водянка, почка беременных, преэклампсия и эклампсия. Каждое из этих состояний представляет собой одно из звеньев в общей цепи токсикозов второй половины беременности; при нарастании токсикоза начальные, более легкие формы могут переходить в более тяжелые. При поздних токсикозах в организме беременной отмечаются изменения обмена веществ и в первую очередь тканевого газообмена, изменяется кровоснабжение тканей, связанное во многом с повышением сосудистого тонуса и повышением проницаемости стенок капилляров и венул.

Водянка беременных (hydrops gravidarum) обусловливается задержкой в тканях воды и хлористого натрия. Незначительные скоро исчезающие отеки встречаются при беременности сравнительно часто, но иногда они приобретают стойкий характер и распространяются на голени, бедра, наружные половые органы и брюшную стенку, причем могут достигать очень больших размеров.

При «отеке беременных» в моче отсутствует белок или отмечаются лишь следы белка, отсутствуют в моче и другие патологические элементы; артериальное давление нормальное, субъективных жалоб нет. Обычно после нескольких дней пребывания в постели и ограничения потребления жидкости и хлоридов отеки проходят; у некоторых беременных, когда они начинают ходить, отеки вновь появляются.

Как указывалось выше, при беременности повышается проницаемость стенок кровеносных сосудов и способность клеток соединительной ткани задерживать воду и соли, в результате чего легче наступает отечность тканей. Отсутствие видимых отеков не всегда исключает их. Вначале могут быть отеки скрытые, так как жидкость вначале нередко задерживается только во внутренних органах и тканях. Такой скрытый отек при систематическом взвешивании беременной в консультации (нарастание в весе свыше 300 г в неделю), при наблюдении за суточным диурезом (отрица-

тельный диурез), может быть обнаружен еще до появления видимых отеков подкожной клетчатки. Если при наличии отечности отмечается повышенное артериальное давление (выше 125 мм), а в моче обнаруживается белок (альбуминурия), форменные элементы (гиалиновые, а иногда и зернистые цилиндры), — это уже более тяжелая стадия токсикоза беременности. Появление белка и форменных элементов в моче свидетельствует о том, что в процесс вовлечены почки, почему эту стадию позднего токсикоза беременности и называют нефропатией, или «почкой беременных».

Почка беременных (*nephropathia gravidarum*) — заболевание, связанное с изменениями в эпителии почечных канальцев, с нарушением фильтрации в клубочках. Указанное, как полагают, зависит от нарушения кровообращения в почках вследствие стойкого повышения давления или длительного спазма приводящих и отводящих артериол; имеет значение и повышенная проницаемость сосудов. Изменения обычно носят характер перерождения; воспалительных изменений в почках при этом не отмечается.

Nephropathia gravidarum чаще встречается при первой беременности. Иногда при почке беременной дегенеративные изменения достигают высоких степеней, вследствие чего увеличивается количество белка в моче; появляются и нарастают в количестве гиалиновые цилиндры, появляются и зернистые цилиндры; в дальнейшем уменьшается суточный диурез; в организме беременной происходит задержка хлоридов и воды, что ведет к увеличению отеков и значительному нарастанию веса беременной; повышается артериальное давление.

Диагноз нефропатии обычно устанавливается в консультации для женщин, куда каждая беременная должна являться с первых месяцев беременности.

При обнаружении в моче белка, при значительной прибавке в весе (свыше 300 г в неделю), при появлении отеков и повышении артериального давления беременную необходимо немедленно направить в стационар — в палату для беременных в родильном доме или в родильном отделении больницы. Не следует во что бы то ни стало дожидаться, когда появятся все перечисленные признаки, достаточно наличия некоторых из них (особенно повышенного артериального давления), чтобы направить беременную в стационар.

Среди наиболее ранних симптомов позднего токсикоза беременности следует отметить изменения со стороны сосудов сетчатки глаза. Изменения на глазном дне, характера так называемых ангио-ретинопатий, обнаруживаются в ряде случаев раньше других симптомов нефропатии, при этом отсутствуют жалобы больной на нарушения со стороны зрения.

Указанное обстоятельство показывает, насколько важно, чтобы в консультации, а тем более в стационаре беременную женщину с нефропатией обследовали не только терапевт и невропатолог, но обязательно и окулист.

Для правильной оценки тяжести позднего токсикоза беременности или необходимо знать состояние сердечно-сосудистой системы до беременности или уже во всяком случае в самые ранние ее сроки. Клинические наблюдения

показывают, что у беременных, у которых ранее было низкое артериальное давление и даже гипотония, нередко встречаются тяжелые формы позднего токсикоза и при невысокой, казалось бы, гипертензии.

Лечение беременной при нефропатии сводится прежде всего к постельному режиму и ограничению введения хлористого натрия и воды (стр. 81); назначается бессолевая диета, растительный стол, односуточное (при значительных отеках) голодание, яблочная диета с сахаром (1,5 кг яблок и 150—200 г сахара) — так называемый «разгрузочный день». Голодание допустимо не свыше одних суток, так как при более длительном голодании организм использует собственные белки, снижаются окислительные процессы и усиливается тканевой ацидоз.

Лечение при нефропатии должно быть направлено на повышение диуреза, уменьшение и полную ликвидацию отеков, понижение артериального давления, предупреждение судорожных припадков и улучшение сердечной деятельности. У таких больных применяют повторные внутривенные вливания стерильного 40% раствора глюкозы в количестве 50 мл, что способствует повышению диуреза и понижению внутричерепного давления. В качестве диуретического средства применяют также хлористый кальций (10% раствор) по одной столовой ложке 4—5 раз в день. Для снижения артериального давления в акушерской практике применяют сернокислый магний (20 мл 30% раствора вводят внутримышечно через каждые 4—6 часов, но не более 4 раз в сутки).

Некоторые (Бровкин) рекомендуют в целях предупреждения инфекции дополнительно перед каждым введением сернокислого магния вводить 25 000 единиц пенициллина, разведенного в 0,5% растворе новокаина (100 000 единиц пенициллина растворяют в 20 мл 0,5% раствора новокаина и на каждое введение берут 5 мл данного раствора); затем, не вынимая иглы, через нее же вводят сернокислый магний.

Лечение сернокислым магнием по указанной схеме можно проводить в течение 2—3 суток при ежедневном внутривенном введении 40% раствора глюкозы в количестве 50 мл с аскорбиновой кислотой в количестве 300 мг.

При нефропатии со значительной гипертензией с целью регуляции нарушенных при этом заболеваний взаимоотношений между корой и подкоркой применяют лечение прерывистым сном с помощью люминала по 0,1 г 2 раза в сутки (запивать горячей водой) или барбамилы по 0,2 г 2 раза в сутки (маленькой клизмой вводят в прямую кишку).

Диета в подобных случаях состоит в исключении поваренной соли, ограничении потребления жидкости (до 500 мл в сутки, вплоть до полного исчезновения отеков); пища должна содержать не менее 100 г белков (творог или нежирное мясо в отварном или паровом виде, или отварная рыба), жиры животные или растительное масло в количестве 50 г в сутки, достаточное количество сахара и витаминов; надо запретить употребление

сода, заменив ее (если это необходимо) магниевыми соединениями.

При этом необходимо очень внимательно следить за общим состоянием больной и за нарастанием симптомов нефропатии (артериальное давление, альбуминурия, отеки, состояние сосудов глазного дна), ибо от этого зависят дальнейшие лечебные мероприятия и возможность сохранения беременности.

Дальнейшее развитие своевременно распознанной нефропатии может быть приостановлено указанным режимом, диетой и лечением. Это способствует сохранению беременности и предотвращает переход нефропатии в более тяжелую форму токсикоза беременности — эклампсию.

Преэклампсия. Если лечебно-профилактические меры своевременно не принимаются, количество белка в моче продолжает увеличиваться, нарастают отеки и повышается артериальное давление — наступает состояние, которое называется преэклампсией. Оно является как бы предстадией эклампсии. Однако не обязательно, чтобы во всех случаях за преэклампсией последовала эклампсия.

Не всегда все указанные предвестники обязательно бывают налицо; часто отдельные симптомы не причиняют беременной особых страданий и она может ни на что не жаловаться. Иногда же мы встречаемся с жалобами на боли в подложечной области, на головную боль (повышение внутричерепного давления), на «пелену» перед глазами (спазм сосудов глазного дна, отек сетчатки).

Лечение в стадии преэклампсии сводится преимущественно к предотвращению дальнейшего нарастания описанных выше симптомов и их ликвидации, что достигается соответствующим режимом, диетой, уходом, медикаментозным лечением, лечением длительным сном (лечебно-охранительное торможение).

Больную помещают в отдельную палату, обеспечивают ей покой и индивидуальный неотлучный уход. Окна в палате необходимо завесить во избежание резкого светового раздражения. В течение суток проводится лечение сернокислым магнием (стр. 311). При нарастающем артериальном давлении показано кровопускание (из локтевой вены) в количестве 500—600 мл.

Повторными обследованиями всех беременных в консультации, патронажем беременных на дому своевременно обнаруживают начинающиеся отклонения от нормального течения беременности, а своевременной госпитализацией, соответствующим режимом, диетой, лечением в стационаре предотвращают переход преэклампсии в судорожную стадию — эклампсию.

Эклампсия. Частота случаев эклампсии стоит в тесной связи с качеством работы консультации или колхозного родильного дома.

Эклампсия (eclampsia) — одна из наиболее тяжелых стадий токсикоза беременности; встречается преимущественно у перво-

родящих (80—85%), обычно молодых и на вид здоровых женщин.

Картина эклампсии. К нарастающим явлениям преэклампсии в результате повышения внутричерепного давления присоединяется головная боль, иногда рвота, ослабление зрения, возбужденное состояние; в итоге все завершается судорожной стадией эклампсии.

Судороги начинаются с мышц лица; сначала появляется мигание век, потом фибриллярные подергивания лицевых мышц, затем судороги распространяются на мышцы конечностей и туловища, переходя в тонические судороги мышц всего тела; беременная «бьется в судорогах». Мышцы шеи напряжены, вены на шее расширены, появляется резкая синюшность лица и верхних конечностей (вследствие расстройства дыхания); сознание утрачено; зрачки расширены и плохо реагируют на свет.

Все более и более синее вследствие остановки дыхания, больная остается в судорожном состоянии от 30 секунд до 1 минуты; затем судороги постепенно прекращаются, больная делает глубокий продолжительный выдох; изо рта выделяется пена, иногда вследствие прикусывания языка окрашенная кровью, затем постепенно восстанавливается дыхание, исчезает синюшность; через некоторое время возвращается сознание. При часто повторяющихся припадках иногда повышается температура тела.

В моче резко повышается количество белка, иногда настолько, что при кипячении пробирка заполняется свернувшимся белком.

В некоторых случаях при часто повторяющихся припадках прогрессивно ухудшается кровоснабжение центральной нервной системы и больная, не приходя в сознание, может погибнуть от асфиксии, кровоизлияния в мозг или отека легких.

Ткань головного мозга весьма чувствительна и слабо устойчива к недостаточному снабжению ее кислородом; этим иногда можно объяснить внезапную смерть, наступающую при первых судорожных припадках.

Смерть может наступить и спустя более длительный срок после припадков в результате значительной интоксикации, острых дегенеративных изменений в органах (печень, почки) или от присоединившейся инфекции (пневмония, сепсис) при резко пониженной сопротивляемости организма.

После перенесенной эклампсии иногда наблюдаются психозы, которые в большинстве случаев вскоре проходят.

Эклампсия может наступить во время беременности — *eclampsia sub graviditate*, во время родов — *eclampsia sub partu* и после родов — *eclampsia post partum*.

У одних женщин наступившая во время беременности эклампсия проходит и больше не повторяется ни при родах, ни после родов — это так называемая «интеркуррентная» форма. У других же приостановленная во время беременности эклампсия спустя более или менее длительный срок снова повторяется —

это так называемая «рецидивирующая» форма эклампсии, наиболее тяжелая по своим последствиям. Наблюдаются, правда, крайне редко, случаи эклампсии без судорог, диагноз которой ставится нередко посмертно только на основании характера обнаруживаемых на вскрытии изменений в органах.

Исход эклампсии во многом зависит от времени ее наступления, от характера припадков, продолжительности их, от состояния беременной, от момента поступления ее в стационар и от характера лечения. Чем ближе к родам развиваются припадки эклампсии, тем легче ее течение и тем благоприятнее ее исход. Чем реже припадки, чем они менее интенсивны, в особенности если сознание возвращается вскоре после припадка, тем легче течение и тем благоприятнее исход. Но так бывает далеко не всегда; тяжесть заболевания определяется не числом припадков, а степенью интоксикации организма. Бывают случаи, когда больные выживают после очень частых припадков, а в иных случаях они погибают после нескольких приступов. Нормальная температура, хороший пульс, ровное дыхание, спокойный сон после припадков, хороший диурез, уменьшающаяся альбуминурия являются признаками благоприятного течения эклампсии.

Если интенсивность сосудистых изменений невелика, спазмы артериол и капилляров кратковременны, глубокие нарушения тканевого обмена не успевают развиться и не происходит резких морфологических изменений в паренхиме органов с расстройством их функций, то в такой стадии токсикоз беременности относительно легко поддается лечению и у перенесших его женщины после родов быстро исчезают все клинические симптомы заболевания.

В тяжелых случаях, особенно с длительным течением, при так называемой дистрофической стадии наблюдаются значительные сосудистые изменения, нарушается кровоснабжение органов, что сопровождается кислородным голоданием тканей; в результате развиваются глубокие нарушения функций различных органов, в первую очередь почек с появлением в них морфологических изменений.

Лечение больных эклампсией. В наступлении припадков эклампсии очень большое значение имеют внешние раздражители (шум, яркий свет, манипуляции), поэтому больную эклампсией необходимо прежде всего изолировать в отдельную полумрачную комнату, куда не доносится шум.

Разговаривать при больной надо шепотом, ходить без шума, не стучать дверью; лишний раз не трогать, не пальпировать больную; если необходимо произвести влагалищное исследование или катетеризацию мочевого пузыря, это следует делать под чаркозом.

Устранение внешних раздражителей значительно уменьшает количество припадков.

Акушерка обязана неотлучно находиться возле больной.

Перед началом припадка у больной отмечается повышенное возбуждение, легкие подергивания век, пульс становится более напряженным, повышается артериальное давление, зрачки расширяются.

В этот момент нужно вставить в рог сбоку между зубами черенок столовой ложки, обернутый марлей, или специальный роторасширитель и держать его в течение всего припадка для предупреждения прикусывания языка.

Во время припадка больная очень беспокойна, подвижна и удержать ее в постели одной акушерке иногда не под силу. Если нет достаточного количества ухаживающего персонала, после первого же припадка следует больную не очень туго привязать к кровати в двух или трех местах поверх одеяла свернутыми простынями или длинными полотенцами.

По окончании припадка необходимо повернуть больную на бок и протереть рот мягким марлевым тупфером. Это предотвращает попадание большого количества слюны и слизи в дыхательные пути, что в свою очередь предупреждает развитие аспирационной пневмонии.

К лечению эклампсии надо приступать как можно раньше.

Лечение эклампсии, наступившей незадолго до родов или в начале родов, имеет целью прекратить припадки и предупредить их наступление в дальнейшем.

В подавляющем большинстве случаев припадки эклампсии прекращаются тотчас же после рождения плода и выхода плаценты.

Если припадки эклампсии продолжают повторяться во время родов, когда налицо уже все условия для бережного родоразрешения (полное открытие наружного зева, предлежащая часть находится низко в полости таза), роды обычно заканчивают оперативным путем — наложением выходных щипцов или рассечением промежности, и то, и другое делают под наркозом. Если же условий для родоразрешения еще нет, проводят медикаментозное лечение эклампсии.

При лечении эклампсии общепризнанным является консервативный метод, имеющий целью уменьшить рефлекторную возбудимость, понизить артериальное и внутричерепное давление, повысить диурез, уменьшить отеки и улучшить кровообращение.

Распространенным во всем мире методом консервативного лечения эклампсии является метод, основанный на принципе охранительного торможения, разработанный В. В. Строгановым.

Василий Васильевич Строганов (1857—1938), крупный русский ученый-акушер, работал в Институте акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР (бывший Повивальный институт) в Ленинграде. Среди многочисленных работ Строганова особое значение приобрели его работы по лечению эклампсии. Этот метод лечения применяется во всем мире.

Исследования Д. П. Бровкина показали, что серноокислый магний действует угнетающе на центральную нервную систему.

понижает возбудимость ее и тем предотвращает наступление новых припадков. Сернокислый магний способствует также повышению диуреза и снижению болевой чувствительности. С 1935 г. В. В. Строганов заменил в своей схеме лечения применявшийся им ранее хлоралгидрат сернокислым магнием.

Лечение эклампсии по методу Строганова. 1. После первого припадка под легким эфирным наркозом под кожу вводят 1 мл 1% раствора солянокислого морфина. 2. Через 1 час после первой инъекции вводят внутримышечно 20 мл 30% раствора сернокислого магния. 3. Через 3 часа после первой инъекции снова вводят под кожу 1 мл 1% раствора морфина, а затем через каждые 4 часа, но не более четырех раз в течение суток, внутримышечно вводят по 20 мл 30% раствора сернокислого магния.

Общая доза сернокислого магния за сутки лечения не должна превышать 24 г.

Между припадками дают вдыхать кислород.

Способ Строганова имеет в виду еще и кровопускание в количестве 500—600 мл.

Лечение больных эклампсией сернокислым магнием по Бровкину: ограничиваются применением внутримышечно только сернокислого магния — 20 мл 30% раствора; впрыскивания повторяют через 4 часа, но не более четырех раз в сутки.

Если этим лечением не удастся прекратить припадки и состояние больной не улучшается, прибегают дополнительно к кровопусканию, а в некоторых случаях и к спинномозговой пункции. Кровопускание способствует переходу жидкости из тканей в кровеносные сосуды.

Обычно кровопускание производится из локтевой вены, для чего пользуются толстой иглой, выпускают, как указывалось, 500—600 мл, а иногда и больше.

В тяжелых случаях эклампсии не дожидаются, когда медикаментозное лечение будет доведено до конца по описанной выше схеме, а одновременно с первым введением сернокислого магния производят и кровопускание.

К спинномозговой пункции прибегают при наличии признаков высокого внутричерепного давления (возбуждение, ослабление или потеря зрения, резкая головная боль); пункцией с помощью длинной иглы или специального троакара выпускают 15—20 мл спинномозговой жидкости. В течение непрерывного наблюдения за больной измеряют систематически артериальное давление,



Рис. 210. В. В. Строганов (1857—1938).

температуру, учитывают диурез, мочу подвергают повторно лабораторному анализу.

Ранний разрыв плодного пузыря применяется при лечении эклампсии как мероприятие, несколько снижающее артериальное давление. Однако прибегать к разрыву оболочек в указанных целях надо только при сглаженной шейке, при открытии наружного зева не менее чем на три пальца, при головке, стоящей глубоко во входе таза.

Только в исключительных случаях, не поддающихся консервативным методам лечения, при нарастающей угрозе жизни беременной, если нет условий для родоразрешения влагалищным путем, прибегают иногда к операции кесарева сечения.

Лечение эклампсии в послеродовом периоде проводят в общем по той же схеме, что и эклампсии в родах.

Лечение эклампсии при правильной оценке состояния больной и характера эклампсии и при надлежащем уходе за больной в большинстве случаев ведет к прекращению припадков или к значительному уменьшению и ослаблению их. Родовые пути за это время успевают раскрыться, и роды или заканчиваются самостоятельно, или создаются условия для влагалищного родоразрешения (извлечение щипцами, поворот на ножку с последующим извлечением, а при мертвом плоде — перфорация головки).

Как правило, лечение эклампсии проводит врач. Поэтому, если акушерка встречается с преэклампсией или уже с наступившими у беременной или роженицы припадками эклампсии, она обязана начать и продолжать лечение по указанной схеме и немедленно вызвать врача, предупредив его о причине вызова.

После прекращения припадков, обычно на вторые сутки, при полном сознании больную следует кормить жидкой молочно-растительной пищей с большим содержанием витаминов, сахара.

Профилактика токсикозов беременности. Правильный режим во время беременности, рациональное питание, соответствующее лечение в громадном большинстве случаев предупреждают наступление тяжелых форм токсикозов.

Предупреждение именно этой патологии беременности является ведущим в объединенной работе консультации и стационара. Акушерка колхозного родильного дома, одновременно являющегося и консультацией, должна уделять этой работе большое внимание; она должна иметь под своим наблюдением буквально всех беременных женщин и держать постоянную связь с ближайшей консультацией и стационаром, куда она своевременно направляет всех беременных с той или иной патологией.

Профилактика эклампсии. При полном охвате беременных с ранних сроков и на протяжении всей беременности акушерка выявляет всех женщин с начальными формами «водянки беременных», «почки беременной», с начальной формой гипертонии и другими патологическими отклонениями. Таких беременных она

немедленно направляет к врачу, в родильный дом для стационарного лечения, проводит патронаж после их выписки из родильного дома, дает надлежащие советы о правильном режиме питания, наблюдает за дальнейшим состоянием беременной и таким путем предупреждает наступление эклампсии.

Поздно установленные или принимающие затяжное течение токсикозы беременности отечно-почечного ряда нередко ведут к преждевременному прерыванию беременности, к внутриутробной смерти плода.

Наши исследования показали, что у сравнительно большого числа женщин, как выше было сказано, перенесших во время беременности нефропатию, эклампсию, и после родов наблюдаются в виде отдаленных последствий изменения со стороны сосудисто-почечной системы.

Особенно это относится к женщинам, у которых нефропатия носит затяжной характер. Спустя месяцы и даже годы после родов у некоторых из них развивается гипертоническая болезнь, которая носит название послеекламптической гипертонии. Учитывая это, необходимо за женщинами, перенесшими нефропатию и эклампсию, установить после родов длительное наблюдение.

Акушерка колхозного родильного дома должна проводить систематический послеродовой патронаж на протяжении длительного срока, производя повторные измерения артериального давления, исследования мочи на белок, привлекая женщину в консультацию для осмотра ее врачом. Все это позволит выявить начальные формы заболевания и своевременным лечением предупредить его развитие.

Глава XVI

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Элементы плодного яйца в течение внутриутробной жизни могут подвергаться различным влияниям, в результате которых возможны нарушения нормального развития эмбриона.

Нарушения могут выразиться в изменении формы, строения и функций элементов плодного яйца. В одних случаях подобные изменения не влияют или очень незначительно влияют на нормальное течение беременности и на развитие плода, в других — они могут привести к преждевременному прерыванию беременности, к кровотечению, к уродству плода и к внутриутробной смерти плода.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПЛАЦЕНТЫ

Обычно плацента имеет округлую или слегка овальную форму со сходящимися как бы на нет краями.

Форма плаценты может зависеть от места имплантации яйца в полости матки, от состояния слизистой оболочки (decidua)

матки к моменту внедрения яйца, от степени развития хориона (*chorion frondosum*). Так, например, при имплантации яйца в тупом углу полости матки может образоваться плацента с глубокой бороздой и даже двойная плацента (рис. 211), плацента почкообразной или подковообразной формы.

Если пышный хорион развивается и по периферии яйца, на участке, прилежащем к капсулярной отпадающей оболочке, то образуется длинная и тонкая плацента, по форме иногда напоминающая пластину, — *placenta membranacea*.

Если на месте имплантации яйца отпадающая оболочка оказывается не всюду одинаково развитой (что чаще встречается



Рис. 211. Двойная плацента.

после бывших аборт, после перенесенного воспаления слизистой оболочки), то и хорион развивается неравномерно; в некоторых местах он атрофируется, как бы лысеет, образуя таким образом участки, свободные от плацентарной ткани; образуется плацента с так называемыми добавочными одной или несколькими дольками — *placenta succenturiata* (рис. 212). От основной плаценты к добавочной дольке тянутся по оболочке сосуды.

Осматривая родившийся послед, необходимо всегда обращать внимание на проходящие по краю плаценты сосуды. Добавочные дольки иногда задерживаются на стенке матки и являются причиной последующих кровотечений, а в дальнейшем способствуют развитию послеродовых заболеваний.

Если в матке задерживается добавочная долька, то при осмотре выделившейся плаценты обнаруживаются оборванные сосуды, идущие по оболочке от края плаценты.

Встречаются плаценты, опоясанные по периферии плодовой стороны белой каймой, так называемая *placenta marginata*.

иногда оболочки в этом месте перегибаются, образуя складку, и тогда кайма имеет вид валика — *placenta circumvallata*.

Кайма и валик образуются в ранние сроки беременности: еще до слияния капсулярной и истинной отпадающей оболочки яйцевые оболочки по краю плаценты перегибаются и ложатся в складку, которая в дальнейшем так и сохраняет форму валика.

Инфаркты плаценты — это светлосерые или белые образования, обнаруживаемые на плодовой стороне плаценты; они просвечивают сквозь водную оболочку в виде тяжей или округлых пятен плотной консистенции.



Рис. 212. Плацента с добавочной долькой.

Инфаркты образуются на месте бывших мелких кровоизлияний в результате нарушения кровообращения в межворсинчатых пространствах и некроза ворсинок. Инфаркты состоят из фибрина, в котором имеются некротические ворсины и децидуальные клетки. Иногда инфаркты проникают глубоко в толщу плаценты, достигая материнской стороны ее. Обширные, глубоко проникающие белые инфаркты могут выключить пораженную часть плаценты, нарушив ее обычную функцию.

Часто большие инфаркты наблюдаются при нефрите у матери. Часто, возможно, и следует объяснить сопутствующую иногда этому заболеванию внутриутробную смерть плода, а также преждевременную отслойку плаценты.

Известковая инкрустация плаценты. На материнской поверхности плаценты иногда находят белые точечные, плотные наощупь вкрапления.

Эти изменения, связанные с отложением извести в остатках отпадающей оболочки, заметного влияния на течение беременности не оказывают.

ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Обычно ворсины плаценты не проникают глубже губчатого слоя отпадающей оболочки; рыхлый губчатый слой является связующим между плацентой и маткой, в этом слое детское место после рождения плода легко отделяется от стенки матки. Если оплодотворенное яйцо, оседая в полости матки, встречает здесь неполноценную, воспалительно измененную отпадающую оболочку или если имеет место чрезмерно усиленный рост пышного хориона, последний глубже внедряется в отпадающую оболочку. В результате такого роста плацента оказывается плотнее, чем обычно, соединенной со стенкой матки — *placenta adhaerens*, а в тех случаях, когда ворсины проникают и в мышечный слой матки, она оказывается частично или целиком приращенной к стенке матки — *placenta accreta, increta (partialis или totalis)*. Причина указанной патологии чаще всего кроется в неполноценности отпадающей оболочки, что может быть связано с перенесенным воспалительным заболеванием слизистой оболочки матки, с атрофическими изменениями в ней, например, после выскабливания слизистой оболочки матки при аборте, с наличием рубцов после бывшего кесарева сечения. Приращение детского места может быть обусловлено имплантацией яйца в области нижнего сегмента матки близко к внутреннему зеву, где отпадающая оболочка тоньше, чем в других участках полости матки.

Истинные и к тому же полные приращения плаценты встречаются чрезвычайно редко; чаще встречается *placenta adhaerens* или частичное приращение детского места. Обычно в течение беременности и родов до начала послеродового периода приращение плаценты ничем не проявляется; зато в послеродовом периоде оно является тяжелым осложнением, сопровождающимся обильным кровотечением, иногда угрожающим жизни женщины. При этом всегда требуется оперативная помощь.

Диагноз истинного приращения плаценты может быть установлен только тогда, когда попытка ручного отделения плаценты от стенки матки оказывается безрезультатной, когда плацента «отдирается» вместе с мышечной тканью матки. В подобном случае нередко единственным методом лечения оказывается оперативное вмешательство — удаление матки с плацентой.

При измененной в результате воспаления или перерождения децидуальной оболочке, отчасти, быть может, и вследствие слабого развития хориона или патологических изменений в нем, иногда наблюдается обратное явление, т. е. плацента оказывается слишком слабо связанной со стенкой матки, что может повести к преждевременной отслойке ее, что также сопровождается кровотечением (стр. 439).

АНОМАЛИИ ПУПОВИНЫ

Пуповина, как указывалось выше, представляет собой округлый тяж длиной в среднем около 50 см, а толщиной в 1—1,5 см. Встречаются иногда и отклонения в длине пуповины; пуповина может быть значительно длиннее или, наоборот, короче.

Слишком длинная пуповина может быть обвита вокруг шеи или туловища плода, что при родах представляет опасность для последнего. Продвигаясь по родовому каналу, плод натягивает пуповину, а с растяжением пуповины растягиваются проходящие в ней сосуды, их просвет суживается, вследствие чего нарушается циркуляция крови, и плоду угрожает асфиксия и смерть.

Если укорочение пуповины обусловлено обвитием ее вокруг шеи или конечности плода, то в отличие от истинно короткой пуповины такую пуповину называют «относительно короткой».

Иногда на пуповине образуются истинные узлы (рис. 213). Они возникают при внутриматочных перемещениях плода. При тугом затягивании истинный узел пуповины представляет опасность для плода, так как это может повлечь сжатие сосудов, проходящих в пуповине.

На пуповине встречаются и так называемые ложные узлы, представляющие собой варикозные расширения сосудов пуповины в каком-либо участке ее (рис. 213).

Иногда, правда, это бывает крайне редко, вследствие особой хрупкости пуповины, объясняемой бедностью ее вартоновым студнем («тощая» пуповина), или вследствие образующихся вокруг нее перетяжек и тяжей возможен разрыв пуповины; при этом плод, как правило, погибает.

Различные места прикрепления пуповины к плаценте. Пуповина соединяет плод с детским местом, плацентой. Одним концом пуповина прикрепляется к брюшной стенке плода в области пупочного кольца, а другим — к детскому месту. Плацентарный конец пуповины оказывается обычно там, где первоначально соединился с ворсинчатой оболочкой аллантоис (стр. 57); отсюда понятно, что пуповина может быть прикреплена к плаценте в различных местах.

Встречаются различные виды прикрепления пуповины: центральное (*insertio centralis*), когда корень пуповины расположен как бы в центре плаценты; боковое (*insertio lateralis*), когда пуповина прикрепляется сбоку; краевое (*insertio marginalis*), когда



Рис. 213. Истинный и ложный узел пуповины.

она прикреплена к краю плаценты; наконец, возможны случаи, когда пуповина прикрепляется не к самой плаценте непосредственно, а к оболочкам на некотором расстоянии от края плаценты — так называемое оболочечное прикрепление (рис. 211) (*insertio velamentosa*). В последнем случае сосуды пуповины тянутся по оболочкам от корня пуповины до плаценты. Такой оболочечный ход сосудов представляет опасность при родах, так как в случае разрыва оболочек в этом месте рвутся и сосуды, наступает кровотечение, в результате которого плод погибает. Следует отметить, что вытекающая при этом кровь принадлежит плоду, тогда как во всех других случаях кровотечений из матки во время беременности и родов кровь принадлежит матери.



Рис. 214. Разрушающий стенку матки пузырный занос.

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Пузырный занос (*mola hydatidosa*) — заболевание ворсинчатой оболочки плодного яйца, при котором по ходу ворсинки появляются пузырькообразные расширения величиной от маленькой горошины до вишни, наполненные светлой жидкостью; пузырьки соединяются тонкими стебельками; весь конгломерат пузырьков напоминает собой гроздь винограда

(рис. 214). Это перерождение может возникнуть в самой ранней стадии беременности, когда на поверхности плодного яйца еще имеются первичные ворсинки; иногда перерождение наступает, когда уже образовалась плацента; при этом перерождению может подвергнуться либо вся плацента, либо часть ее — так называемый частичный пузырный занос. В последнем случае, в зависимости от степени распространения перерождения, не исключена возможность сохранения жизни плода. При двойнях возможно поражение пузырным заносом плаценты только одного яйца. Обычно же при пузырном заносе плод погибает в ранние сроки беременности и к моменту родоразрешения успевает рассосаться.

При пузырном заносе перерождается преимущественно эпителиальный покров ворсинок (синцитий и ланггансов слой), а строма ворсины подвергается отеку. Проросшая пузырьками

отпадающая оболочка матки истончается; измененные ворсины прорастают отпадающую оболочку, а иногда врастают глубоко в мышечную стенку матки, доходя до ее брюшинного покрова; в некоторых случаях они прорастают последний и проникают в брюшную полость — это так называемый деструирующий пузырный занос — *mola hydatidosa destruens* (рис. 214).

Происхождение пузырного заноса остается пока неизвестным.

Распознавание пузырного заноса представляет значительные трудности. Беременность в первые месяцы может протекать обычно; чаще встречаются ранние токсикозы беременности. В дальнейшем появляются повторяющиеся кровянистые выделения, как это бывает при начинающемся выкидыше. Если систематически наблюдать за такой беременной, то у нее удастся отметить несоответствие размеров матки сроку беременности; обширное разрастание пузырного заноса влечет за собой значительное увеличение размеров матки; размеры матки значительно больше, чем следовало бы соответственно сроку беременности.

Консистенция матки дряблая, тестоватая; на раздражения такая матка реагирует лишь частичным сокращением отдельных ее участков, а иногда и совсем не сокращается. При значительном, быстро нарастающем перерождении матка оказывается сплошь как бы «нафаршированной» пузырным заносом; в этом случае матка плотна, стенки ее напряжены.

По мере увеличения срока беременности появляются признаки интоксикации: тошнота, рвота, отеки, альбуминурия. Часто встречающиеся при пузырном заносе тяжелые формы токсикозов беременности в известной степени можно объяснить попаданием в организм беременной веществ, исходящих из патологически измененных элементов плодного яйца. Этому благоприятствует глубокое прорастание ворсин и их разрушительное действие на отпадающую оболочку, что делает последнюю анатомически и функционально неполноценной. В громадном большинстве случаев пузырного заноса беременная не ощущает шевеления плода; не прослушивается и его сердцебиение.

Пузырный занос, помимо непосредственной опасности, каковы, например, длительные кровотечения, возможность прорастания стенки матки, риск перфорации стенки матки при удалении пузырного заноса, присоединяющаяся инфекция, может представлять опасность для больной и в дальнейшем. После пузырного заноса иногда развивается злокачественная опухоль — *chorioepithelioma*, дающая метастазы в отдаленные органы, чаще в легкие.

Установлено, что при пузырном заносе и хорионэпителиоме с мочой выделяется хориальный гонадотропин в значительно большем количестве, чем при нормальной беременности. Это обстоятельство позволяет поставить своевременный диагноз указанных тяжелых осложнений беременности, пользуясь биологической реакцией (с разведением мочи) на мышах или лягушках (стр. 101).

Все эти признаки в совокупности позволяют подозревать пузырный занос.

Окончательный диагноз устанавливается, когда в выделениях удается обнаружить хотя бы единственный пузырек, — поэтому выделения у таких женщин надо собирать и внимательно осматривать.

Лечение при пузырном заносе должен проводить непременно врач в родильном доме или больнице, поэтому при малейшем подозрении на это заболевание женщину необходимо немедленно поместить в стационар.

Помощь при пузырном заносе, если нет угрожающего кровотечения, как правило, консервативная: внимательно следят за больной, за характером выделений; по возможности добиваются, чтобы пузырный занос вышел самостоятельно.

Если пузырный занос вышел уже в шейчный канал и задерживается здесь, то для полного удаления его можно осторожно применить метод выжимания.

При достаточном открытии шейки и продолжающемся кровотечении прибегают к удалению пузырного заноса пальцами, введенными в полость матки.

Только в исключительных случаях, при сильном кровотечении, когда необходимо немедленно опорожнить полость матки и нет возможности сделать это пальцами (недостаточно открыт канал шейки матки), приходится прибегать к инструментальному вмешательству. Надо помнить, что при пузырном заносе стенки матки изменены, истончены и очень легко могут быть перфорированы инструментом.

Значительно менее опасно проверочное выскабливание после самостоятельного выхода пузырного заноса, к тому же после предварительного применения сокращающих матку средств (питуитрин), когда стенки матки сократились, стали толще, а полость матки уменьшилась. К последующему выскабливанию приходится прибегать для проверки стенок полости матки и удаления, возможно, задержавшихся единичных пузырьков. Оставшееся в матке хотя бы незначительное число элементов пузырного заноса угрожает в дальнейшем развитием хорионэпителиомы.

Вот почему необходимо установить за больной врачебное наблюдение и после выписки из родильного дома в течение 6—8 и больше месяцев. При появлении кровянистых выделений, увеличения размеров матки, при сопутствующем этому похудании больной, повышении температуры больную надо подвергнуть тщательному терапевтическому (с рентгенографией легких) и акушерскому обследованию (поставить биологическую реакцию); произвести выскабливание слизистой матки и немедленно соскоб подвергнуть гистологическому исследованию.

При подозрении на хорионэпителиому удаляют матку с придатками.

МНОГОВОДИЕ

Нормальное количество околоплодных вод колеблется в среднем в пределах 1—1,5 л. Если количество околоплодных вод превышает указанное, то говорят о многоводии (hydramnion). Многоводие может достигать значительных размеров: описаны случаи многоводия, когда имелось 10—12 л околоплодных вод.

Вопрос о происхождении многоводия остается еще невыясненным. Некоторые полагают, что это связано с чрезмерной функцией эпителия водной оболочки.

Многоводие часто сопутствует различным уродствам плода, встречается при заболевании плода сифилисом, при однояйцевых двойнях, причем у одного плода можно встретить многоводие, а у второго, наоборот, маловодие. Иногда при многоводии наблюдается оболочечное прикрепление пуповины и ее отечность.

Многоводие может развиваться очень быстро — острое многоводие (рис. 215), или же оно развивается постепенно — хроническое многоводие.

Многоводие — серьезное осложнение беременности и родов. Значительно увеличенная матка своим давлением на соседние органы вызывает ряд расстройств; чаще наблюдаются токсикозы беременности; высоко поднятая диафрагма смещает сердце, затрудняет кровообращение и дыхание, вызывает одышку, отеки нижних конечностей. Чрезмерное растяжение стенок матки часто ведет к преждевременному прерыванию беременности; слишком большая полость матки способствует образованию неправильных положений плода; роды носят затяжной характер и часто осложняются родовой слабостью; вследствие обильного истечения околоплодных вод нередко наблюдается выпадение мелких частей (пуповины и конечностей плода); неблагоприятно сказывается многоводие и на течении последового периода (кровоотечение).

Многоводие затрудняет установление правильного диагноза, что ведет нередко к ошибкам. Живот при многоводии сильно растянут и напряжен, окружность его иногда достигает очень больших размеров — 120—130 см, части плода прощупываются с трудом и не всегда отчетливо, а в некоторых случаях их совсем не удается прощупать; через толстый слой жидкости сердцебиение плода не прослушивается или прослушивается с большим

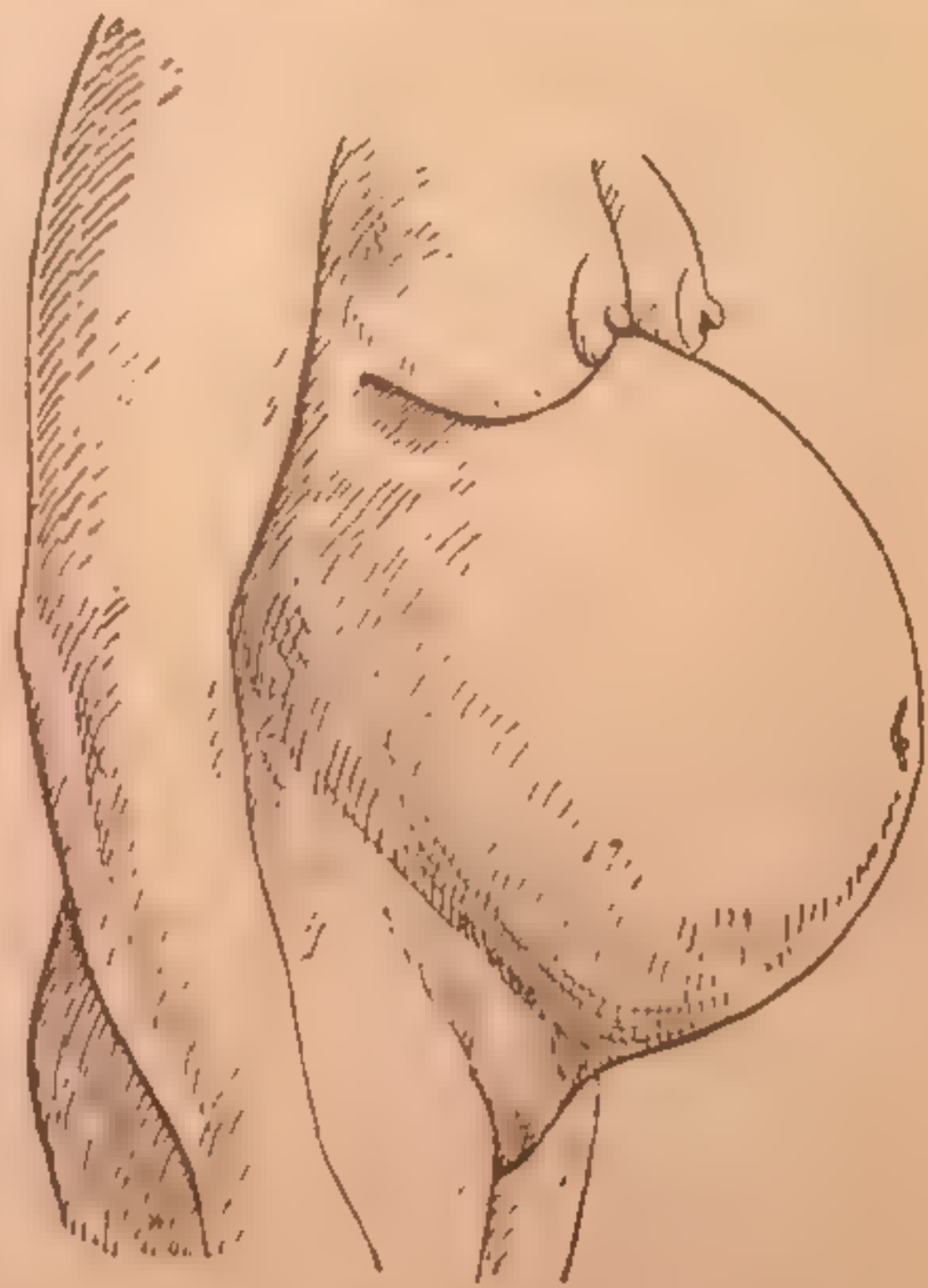


Рис. 215. Многоводие острое (беременность 29 недель — окружность живота 112 см). (Собственное наблюдение).

трудом. В некоторых случаях, особенно при остром многоводии беременность может быть смешана с быстро растущей опухолью. Необходимо повторно и внимательно исследовать беременную.

Острое многоводие развивается очень быстро. Обычно оно появляется между IV и V месяцем беременности и развивается в течение нескольких недель или 1—2 месяцев. При этом живот резко увеличивается в объеме, матка дном своим достигает высоты, иногда соответствующей доношенной беременности, количество околоплодных вод может быстро достигнуть нескольких литров.

Обычный исход острого многоводия — выкидыш. Если же выкидыш не наступает, многоводие продолжает прогрессировать, у беременной нарастают описанные выше расстройства. Вследствие чрезмерного растяжения стенок матки шейка сглаживается и приоткрывается — в это время пузырь часто самостоятельно разрывается, и в дальнейшем наступают преждевременные роды. Если пузырь самостоятельно не разрывается, приходится прибегать к искусственному разрыву оболочек.

Хроническое многоводие наблюдается как вторичное явление, чаще всего у одного из плодов при однойяйцевых двойнях. Вторичное хроническое многоводие редко достигает очень больших степеней, почему и не требует экстренного вмешательства.

Роды при хроническом многоводии, как указывалось выше, протекают очень вяло, осложняются иногда первичной родовой слабостью. В таком случае показан искусственный высокий разрыв оболочек и применение средств, стимулирующих родовую деятельность. В послеродовом периоде часто наблюдается кровотечение.

МАЛОВОДИЕ

Маловодие встречается значительно реже, чем многоводие. Маловодие некоторые связывают с недостаточной функцией эпителия водной оболочки. Иногда маловодие достигает такой степени, что в конце беременности околоплодных вод оказывается лишь несколько столовых ложек.

Беременность при маловодии нередко сопровождается болями в животе; болезненны также и движения плода.

Маловодие представляет осложнение, неблагоприятное для плода; слишком маленькая полость плодного яйца создает механические препятствия для роста плода. Как ствол растения, помещенного под стеклянный колпак, достигнув верхушки последнего, искривляется, так и при резком маловодии нарушается развитие тела плода. При этом могут возникнуть различные уродства плода: искривление позвоночника, конечностей, косолапость.

Близко прилегающая к телу плода водная оболочка в некоторых местах может срастись с кожей плода, вытягиваясь от места

сращения в нити, тяжи. Такие нити или тяжи могут обвить и стянуть любую часть плода, постепенно приводя к ампутации ее. Наличием подобных тяжей объясняются случаи полной и неполной самопроизвольной внутриутробной ампутации ручек, ножек и пальцев плода; в случаях полной ампутации отдельно рождается плод, а вслед за ним ампутированная часть. При неполной ампутации какой-либо конечности последняя висит, держась на коже.

От действительного маловодия следует отличать случаи, когда еще во время беременности по тем или иным причинам рвутся оболочки и воды медленно вытекают — так называемая *hydorrhoea gravidarum*. Обычно в таких случаях наступают преждевременные роды.

Как многоводие, так и маловодие представляют патологию беременности и родов. При них возможны различные осложнения — неправильное положение плода, выпадение пуповины, неправильная родовая деятельность, плохая сокращаемость матки в послеродовом и послеродовом периоде, иногда сильное кровотечение. Все эти осложнения нередко требуют оперативной помощи. Понятно, что беременных женщин с подобной патологией необходимо заблаговременно направлять в стационар.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

Как правило, плодный пузырь сохраняется в родах почти до конца периода раскрытия, способствуя сглаживанию шейного канала и раскрытию зева.

Наблюдаются, однако, случаи, когда воды отходят еще задолго до начала родов без родовой деятельности, при сохранившейся шейке и закрытом наружном зеве, — это так называемый преждевременный разрыв плодного пузыря. Надо отличать преждевременный разрыв от раннего разрыва пузыря. Если воды отходят при наличии родовой деятельности при сглаженной шейке, но при малом открытии зева, говорят о раннем отхождении вод.

Преждевременный разрыв плодного пузыря, преждевременное отхождение вод могут зависеть от слабости оболочек, от наличия дегенеративных и воспалительных изменений в них и в отпадающей оболочке матки. Преждевременный разрыв плодного пузыря встречается при многоводии, при неправильных положениях плода, когда в свободный нижний полюс плодного яйца устремляется большое количество вод.

При преждевременном разрыве плодного пузыря затягивается период раскрытия, ухудшается характер родовой деятельности, свободное сообщение влагалища с полостью матки в течение длительного срока благоприятствует внедрению инфекции в матку, а это в значительном проценте случаев сопровождается повышением температуры уже в родах и чаще ведет к заболеваниям после родов. Длительный безводный период при уменьшившейся матке нарушает нормальное плацентарное кровообращение, что может вести к внутриутробной асфиксии и смерти плода.

Во избежание этих осложнений беременные, независимо от срока беременности, в случае преждевременного отхождения вод должны быть немедленно направлены в родильный дом. Если вскоре после отхождения вод родовая деятельность не наступает или она недостаточна, прибегают к средствам, стимулирующим наступление родовой деятельности (стр. 356).

ЗАПОЗДАЛЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

Выше было указано, что роль плодного пузыря заканчивается к моменту полного открытия наружного зева. В последнее время считают, что роль пузыря при низко стоящей в тазу головке заканчивается даже раньше, при открытии наружного зева на три пальца. Обычно плодный пузырь самостоятельно разрывается в конце периода раскрытия. Встречаются, однако, случаи, когда даже после полного открытия наружного зева плодный пузырь остается целым. Это может быть при очень плотных или, наоборот, при очень легко растягивающихся оболочках и при так называемом плоском пузыре, когда он вплотную облегает головку плода и между ней и оболочками отсутствуют околоплодные воды (нет или почти нет передних вод).

Сохраняющийся после полного открытия наружного зева плодный пузырь затягивает роды — его надо разорвать.

Если при полном открытии плодный пузырь показывается из половой щели, его разрывают. Разрывать пузырь можно пальцами, стерильным корнцангом или пулевыми щипцами (стр. 498).

Характерным симптомом плоского плодного пузыря является чрезмерная болезненность родовой деятельности в периоде раскрытия и медленное продвижение предлежащей части плода.

Разрывая пузырь, надо каждый раз хорошо ориентироваться в положении и предлежании плода, в состоянии родовых путей. После разрыва пузыря, не вынимая руки, обязательно надо проверить, где и как расположена предлежащая часть плода, нет ли выпадения его мелкой части.

После разрыва пузыря необходимо чаще прослушивать сердцебиение плода (каждые 5—10 минут).

Если плодный пузырь показывается из половой щели или прощупывается тотчас же при входе во влагалище, то обычно при этом имеется уже полное открытие наружного зева шейки матки. Однако при очень легко растяжимых оболочках не исключена возможность выпячивания во влагалище и даже появления в половой щели нижнего полюса плодного пузыря и при неполном открытии наружного зева; при этом шейка может оказаться еще несглаженной. Поэтому, прежде чем разорвать пузырь, надо произвести подробное наружное исследование роженицы; затем произвести влагалищное исследование — определить состояние шейки, родовых путей, положение предлежащей части плода.

Высокий боковой разрыв плодного пузыря. Разрыв плодного пузыря может произойти не в нижнем его полюсе, а где-либо сбоку — это высокий боковой разрыв; при этом воды подтекают медленно.

Иногда при продвижении плода может произойти круговой отрыв оболочек, и младенец родится в оболочках, — как говорят, «родился в сорочке». Эту «сорочку» необходимо немедленно разорвать, так как она препятствует доступу воздуха, что может вести к асфиксии новорожденного.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Развитие уродств плода обусловлено неправильным развитием зародышевых элементов в процессе эмбриогенеза. Отклонения эти могут выразиться в недоразвитии или даже в отсутствии одного или нескольких органов, в избыточном развитии или удвоении органа, в несрастании парных частей органов (например, заячья губа, волчья пасть, двойная матка). Уродства могут возникнуть и в более позднем периоде внутриутробного развития, как, например, внутриутробная ампутация.

Некоторые аномалии развития несовместимы с жизнью плода; плод погибает в ранние сроки беременности, большей частью в течение первых двух месяцев. Другие виды аномалий, например, тяжелые пороки сердца, недоразвитие легких, позволяют эмбриону оставаться живым лишь на период внутриутробной жизни; при рождении такие плоды погибают. Бывают аномалии, совместимые с внеутробной жизнью плода, но в большинстве случаев они резко снижают способность организма приспособляться к условиям внеутробной жизни.

Из различных вариантов аномалий мы ознакомимся с теми, какие иногда встречаются в акушерской практике и какие в некоторых случаях могут вызвать те или иные осложнения родов.

Врожденные сосудистые пятна часто обнаруживаются у новорожденных на переносице, на шее; это остатки зародышевой сосудистой сети; обычно они исчезают в первые месяцы после рождения.

Врожденные зубы — небольшие хрящевые образования на месте будущих зубов; обычно они скоро выпадают. Если они причиняют матери боль при кормлении, рекомендуется их удалить (врачу).

Так называемая «короткая уздечка». Обычно между нижней поверхностью языка и дном ротовой полости имеется тоненькая перепонка, которая в данном случае идет почти от самого кончика языка.

Иногда матери отмечают, что ребенок при сосании шелкает языком. В большинстве случаев при этом не требуется оперативного вмешательства; уздечка очень эластична и легко в дальнейшем самостоятельно растягивается.

Волчья пасть (рис. 216) — щель в области верхней губы, верхней челюсти и всего неба. При волчьей пасти имеется свободное сообщение между ртом и носовой полостью, что препятствует кормлению грудью; молоко при сосании выливается через нос и может попадать в дыхательные пути ребенка. Чтобы избежать этого, рекомендуется при кормлении придавать ребенку вертикальное положение. Иногда приходится кормить такого ребенка сцеженным молоком из бутылочки.



Рис. 216. Волчья пасть.

Заячья губа, — изменены обычно лишь мягкие части (губа, иногда десна), не препятствует кормлению ребенка грудью.

Заячья губа, как и волчья пасть, поддается исправлению оперативным путем; операцию, особенно при волчьей пасти, рекомендуется делать позднее, когда ребенок достаточно окрепнет.

Многопалость — количество пальцев на руках и ногах больше, чем обычно, — шесть, семь и больше. Чаще встречается добавочный шестой пальчик на руке со стороны мизинца. Добавочный пальчик, особенно со стороны большого пальца, иногда бывает хорошо развит. Чаще это небольшое кожное образование,

висящее на тонкой ножке со стороны мизинца; в последнем случае эту ножку туго перевязывают (врач) шелковой лигатурой, и недоразвитый пальчик через несколько дней отпадает.

Гипоспадия встречается у мальчиков и представляет собой расщепление нижней стенки мочеиспускательного канала; отверстие, через которое ребенок мочится, находится на нижней поверхности полового члена; в тяжелых случаях отверстие может оказаться расположенным на мошонке.

Косолапость — неправильно поставленная стопа; стоя, ребенок опирается не на подошву, а только на ее наружный или иногда на внутренний край, иногда только на пятку. При резко выраженных формах косолапости наблюдаются изменения и со стороны связочного, мышечного и даже костного аппарата, требующие для исправления специальной ортопедической помощи.

Заращение заднего прохода представляет собой тяжелое недоразвитие, оно угрожает жизни ребенка и требует немедленной оперативной помощи. Заращение заднего прохода не всегда легко сразу обнаружить, поэтому необходимо, помимо тщательного осмотра, следить за испражнениями ребенка.

Грыжа пупочного кольца — дефект в брюшной стенке, через который могут выходить органы брюшной полости

(сальник, печень, кишечник). Все вышедшие из брюшной полости органы имеют вид сплошной студенистой массы, покрытой прозрачной оболочкой, через которую они просвечивают. Необходимо до прибытия врача покрыть все это влажной стерильной марлей, смоченной в теплом физиологическом растворе.

Небольшие пупочные грыжи удается иногда устранить оперативным путем; дети с большими грыжами спустя один или несколько дней умирают при явлениях перитонита.

Грыжа мозговая — выпячивание головного мозга в области переносицы или большого родничка. Некоторое время такие уроды еще могут жить и даже сосать, но все же они скоро умирают.

Spina bifida — открытый участок спинномозгового канала вследствие раздвоения задних дужек позвонков. *Spina bifida* большей частью локализуется в пояс-

ничном отделе позвоночника. Через отверстие из спинномозгового канала могут выходить мозговые оболочки и спинной мозг, напоминая собой кистообразную опухоль. Опухоль эта покрыта истонченной кожей, которая нередко изъязвляется, инфицируется, что приводит к смерти от воспаления мозговых оболочек.

Иногда при жизни *spina bifida* осложняется параличом нижних конечностей, недержанием мочи, что требует специального ухода; ребенка кладут на бок, мочу собирают в колбу; опухоль покрывают стерильными мягкими салфетками, пропитанными стерильным вазелином. В легких случаях удается оперативным путем закрыть имеющуюся щель.

Anencephalus (рис. 217) — отсутствие свода черепа и большей части головного мозга; голова ребенка с выпяченными глазами похожа на голову лягушки. У него сохраняется лишь глазная часть черепа; черепная крышка либо вовсе отсутствует (*anacranium*), либо недостает части ее (*haemicranium*). Указанное уродство иногда дает повод к диагностическим ошибкам при исследовании беременной — выпяченные мягкие части на головке при наружном исследовании живота беременной принимают за ягодицы. Анэнцефалы умирают при родах или вскоре после родов; если у них сохранился продолговатый мозг, они могут родиться живыми и прожить несколько часов, а иногда и дней.

Hydrocephalus (рис. 218), головная водянка — чрезмерное скопление жидкости в мозговых желудочках и связанное с



Рис. 217. Анэнцефал.

этим увеличение размеров головки плода. Количество жидкости достигает иногда трех и более литров; черепные кости при этом истончены, края черепных костей далеко отстоят друг от друга (значительное расхождение швов).

Такая большая головка не может пройти по родовому каналу; в не распознанных своевременно случаях роды носят затяжной характер, головка продолжает оставаться высоко у входа, нижний сегмент матки чрезмерно растягивается; если во-время не будет оказана помощь, может произойти разрыв матки.



Рис. 218. Гидроцефал.

В подобных случаях удается установить диагноз головной водянки влагалищным исследованием. Иногда, при недостаточно внимательном исследовании или отсутствии подозрений на указанную патологию, головную водянку принимают за плодный пузырь или за ягодицы плода. В последнем случае ошибка может стоить жизни матери.

Чрезмерное расхождение черепных швов, очень широкие роднички, тонкие, податливые кости в сочетании с данными наружного исследования — большой размер головки, высокое стояние ее при наличии родовой деятельности — позволяют установить правильный диагноз.

Как только диагноз установлен, при достаточном раскрытии наружного зева врач прибегает к оказанию помощи, которая сводится к проколу черепа и выпусканию жидкости. В дальнейшем после произведенного прокола роды протекают самостоятельно или плод извлекают краниокластом, наложенным на лицевую часть перфорированной головки.

Если водянка головки встречается при ягодичном предлежании плода, то производят перфорацию ее после рождения туловища (перфорация последующей головки).

Сросшиеся двойни при прохождении через родовой канал могут встретить непреодолимое препятствие, вследствие чего может понадобиться оперативная помощь. Все зависит от варианта сращения; например, так называемые краниопаги (сраниорagus), сращенные черепами, могут легко родиться самостоятельно, в то время как сращение двойни туловищем — thoracoragus (рис. 219) — может потребовать оказания помощи. Диагноз этого вида уродства устанавливается, к сожалению,

только при родах, после рождения первого из сросшихся близнецов, а иногда только после рождения обоих плодов.

Гигантский плод представляет редкую аномалию развития, при котором вес и размеры его значительно больше обычных для доношенного плода. Встречаются гигантские плоды с весом в 5 000 и больше граммов; как полагают, это связано с перенашиваемостью.

Роды при этом носят затяжной характер и могут повести к чрезмерному растяжению нижнего сегмента матки с последующей угрозой его разрыва.

Иногда головка, несмотря на ее большие размеры, благодаря способности хорошо конфигурироваться, может пройти через родовые пути, препятствия же к дальнейшему продвижению могут встретиться со стороны объемистых плечиков и туловища плода.

Затяжной характер родов при гигантском плоде часто ведет к внутриутробной асфиксии и смерти плода.

Роды при таком плоде часто требуют оказания оперативной помощи (перфорация головки, рассечение ключицы).

Переношенная беременность. Беременность в среднем продолжается 280 дней, или 40 недель. Иногда роды наступают позже указанного срока.

Диагностика перенашивания затруднительна. Легче поставить этот диагноз, если женщина находится под наблюдением врача и акушерки на протяжении всей беременности. При перенашивании отмечается большая окружность живота беременной (при нормальном и даже уменьшенном количестве околоплодных вод), значительная величина плода, плотность костей черепа, появление точки окостенения проксимального эпифиза плеча. Последнее устанавливается путем рентгенографии и является наиболее ценным объективным признаком перенашивания.

При значительном перенашивании часто отмечается внутриутробная смерть плода или внутриутробная его асфиксия в родах. Это, как полагают, во многом зависит от появления в плаценте и оболочках дегенеративных изменений и связанного с этим нарушения питания плода и прежде всего газообмена. Родившиеся новорожденные живыми, несмотря на их значительный вес и размеры, часто бывают вялыми, плохо приспособляются к условиям окружающей среды и нередко погибают.



Рис. 219. Сросшиеся близнецы (thoracopagus).

Если перенашивание беременности установлено, то при отсутствии противопоказаний к родоразрешению обычным путем (узкий таз и др.) следует приступить к активации родовой деятельности. Роды при переносенной беременности могут потребовать экстренной оперативной помощи, поэтому всех беременных женщин с подозрением на перенашивание необходимо заблаговременно госпитализировать в родильный дом, где будет обеспечено постоянное наблюдение врача.

ВНУТРИУТРОБНАЯ СМЕРТЬ ПЛОДА

В ряде случаев имеет место внутриутробная смерть плода. Она может быть вызвана либо тяжелыми заболеваниями матери, либо заболеваниями самого плода (аномалии и уродства развития). Смерть может наступить либо в течение беременности (антенатальная смерть плода), либо во время родов вследствие асфиксии или уродства (интранатальная смерть плода).

Признаки внутриутробной смерти плода. Исчезновение сердцебиения плода говорит о возможной внутриутробной смерти плода. Однако на основании только одного этого признака, к тому же не проверенного несколько раз, утверждать, что плод мертв, рискованно. Установив после внимательного выслушивания по всему животу беременной, что сердцебиение плода исчезло, спрашивают беременную, ощущает ли она шевеление плода. Далее, наблюдают в течение последующих дней за изменениями размеров беременной матки; после смерти плода матка несколько уменьшается (воды всасываются), набухшие молочные железы становятся мягче. В дальнейшем при ощупывании головки (третьим приемом) можно в некоторых случаях ощущать своеобразный хруст — крепитацию костей черепа мертвого плода. Сочетание этих признаков позволяет установить внутриутробную смерть плода.

Для установления диагноза внутриутробной смерти плода во время беременности пользуются иногда, где это возможно, рентгеновским снимком. На рентгенограмме при мертвом плоде (спустя не менее суток после смерти) обнаруживается резкое разгибание позвоночника в шейно-грудном отделе вместо сгибания, какое имеется у живого плода.

Иногда после внутриутробной смерти плода проходит очень много времени до наступления родов. Погибший плод продолжает оставаться в матке и при этом может подвергнуться следующим изменениям.

Мацерация плода — пропитывание его тканей жидкостью с последующим поднятием и слущиванием верхнего слоя эпидермиса. При очень малых сроках беременности погибший плод может рассосаться; при больших сроках беременности ткани мацерированного плода становятся стечными, эпидермис приподнимается в виде пузырей, а местами слущивается, обнажая отечную, синюшно-красного цвета кожу; кости черепа расходятся, череп напоминает мешок, наполненный костями.

Мацерированный плод не издает гнилостного зловония; только при разрыве плодного пузыря, когда в матку проникают гнилостные микробы, мацерированный плод разлагается и издает зловоние; выделения из матки также при этом становятся зловонными.

Мумификация плода — сухое омертвление тела плода; при этом околоплодные воды всасываются окружающими тканями, а плод сморщивается.

Нередко встречается мумификация одного плода при многоплодии; это бывает, когда один из близнецов погибает в ранние сроки беременности. Оставшийся в живых близнец по мере своего роста сдавливает погибшего, и последний превращается в так называемый бумажный плод — *foetus papugaceus*.

Петрификация плода — изменение, при котором в тканях умершего плода откладываются известковые соли; плод становится окаменелым — *lithopaedion*. Иногда такой окаменелый плод находят в брюшной полости после бывшей когда-то внематочной беременности.

НЕСОСТОЯВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ И НЕСОСТОЯВШИЕСЯ РОДЫ

Погибший внутриутробно плод чаще всего вскоре после смерти изгоняется из матки. При этом, в зависимости от срока беременности, имеет место либо выкидыш, либо преждевременные роды.

Бывают, однако, случаи, когда погибшее в ранние сроки беременности плодное яйцо продолжает оставаться в полости матки, притом иногда надолго, — это так называемый несостоявшийся выкидыш.

Бывает и так, что плод погибает в поздние сроки беременности, уже близко к родам; появляется как будто родовая деятельность, но затем она прекращается и мертвый плод продолжает долго оставаться в матке, — это так называемые несостоявшиеся роды.

Лечение при несостоявшемся выкидыше и несостоявшихся родах должно быть строго выжидательным, пока нет явлений, угрожающих жизни матери (кровотечение, тяжелые проявления интоксикации). Такие беременные должны быть под непосредственным наблюдением врача консультации или находиться в стационаре.

Отсутствие сократительной способности матки при несостоявшемся выкидыше, как и при несостоявшихся родах, объясняется, по видимому, отсутствием необходимой подготовленности организма беременной (стр. 172), отсутствием или недостаточной силой раздражений интерорецепторов матки, какие обычно имеют место при живом плоде. Применением в подобных случаях сначала фолликулярных гормонов (фолликулин, синэстрол) удается создать известную подготовленность — «фон», при котором дальнейшее введение питуитрина дает положительные результаты.

Кровяной и мясистый занос. Иногда погибшее в ранние месяцы беременности плодное яйцо, вследствие прекращения сокращений матки, не выходит из полости матки, а продолжает там оставаться длительное время. Наружного кровотечения при этом обычно не бывает; излившаяся из сосудов плацентарной площадки кровь пропитывает плодное яйцо, которое приобретает вид плотного сгустка крови — это так называемый кровяной занос (*mola haematomatosa*).

В случаях длительного пребывания кровяного заноса в матке цвет его постепенно бледнеет и напоминает цвет вареного мяса, почему и носит название мясистого заноса (*mola carnosae*).

Как правило, при установлении подобного диагноза (прекращение роста матки, в дальнейшем даже некоторое ее уменьшение, отсутствие болей и выделений), если нет кровотечения, надлежит больную вести в стационаре консервативно, наблюдая за ее состоянием.

Обычно при кровяном и мясистом заносе спустя более или менее длительный срок наступают схваткообразные сокращения матки, и занос рождается самостоятельно.

Глава XVII

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНЩИНЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Заболевания половой сферы. Наиболее заметным изменением во время беременности подвергаются половые органы.

При различных отклонениях от нормального строения половых органов, при нарушении нормальной функции их можно встретиться либо с невозможностью наступления беременности, либо наступившая беременность протекает с осложнениями.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

При воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов возможно наступление беременности. В зависимости от стадии и распространенности воспаления беременность может либо прерваться, либо донашивается до конца. При этом следует отметить, что сохраняющаяся беременность, благодаря значительному при этом кровенаполнению тазовых органов, часто приводит к излечению воспалительного процесса.

Особое место занимают гонорройные воспаления. Наступающая при хронической гоноррее беременность нередко ведет к обострению процесса, что в свою очередь может повлечь прерывание беременности.

Острая гоноррея
нормально или уже
уже, чем обычно
желто-зеленые б
срнанах и во вт
емых острых к
страдающих три
влагалища, сст
гонорреи.

Гоноррея у
для плода, так
лище, рискует
отмечается иног

Беременную
кондилы уни
Всех беременн
к врачу.

Б

Опухоли ма
близко к слизи
ствуют наступл
шивается до ср
ность при опух
(фибромиома),
вследствие неп
рсадах наличие
статочности ро
е толще маточ
ки во время р
препятствует
зрияетствует р
Большую с
ки, киста яич
полости таза;
по родовому
ности, они по
свох-временна
Злокачествен
ченности, всл
В подобных с
ностью матку
плод уже оки
тут же полно
Каждая с
шейке матки
диагноза и с

Острая гоноррея, наступившая одновременно с беременностью или уже во время беременности, протекает значительно хуже, чем обычно. Гнойные выделения усиливаются, обильные желто-зеленые бели ведут к образованию на наружных половых органах и во влагалище бородавчатых разрастаний, так называемых острых кондилом. У нечистоплотных женщин и у женщин, страдающих трихомонадным воспалением слизистой оболочки влагалища, острые кондиломы иногда встречаются и без гонореи.

Гоноррея у беременной представляет большую опасность и для плода, так как последний, проходя при родах через влагалище, рискует заразиться бленорреей. В послеродовом периоде отмечается иногда восходящая форма гонореи.

Беременную, больную гонорреей, необходимо лечить; острые кондиломы уничтожают прижиганиями или оперативным путем. Всех беременных, страдающих белями, необходимо направлять к врачу.

БЕРЕМЕННОСТЬ И НОВООБРАЗОВАНИЯ

Опухоли матки, если они не располагаются в толще ее стенки, близко к слизистой оболочке, в большинстве случаев не препятствуют наступлению беременности, которая благополучно донашивается до срока, и роды могут протекать нормально. Беременность при опухолях, расположенных в толще стенки матки (фибромиома), может в дальнейшем закончиться выкидышем вследствие неполноценности мышечных элементов матки. При родах наличие указанной опухоли может быть причиной недостаточности родовой деятельности. В некоторых случаях опухоль в толще маточной стенки может предрасполагать к разрыву матки во время родов. В послеродовом периоде наличие опухоли препятствует хорошему сокращению матки, что нередко благоприятствует развитию послеродовых заболеваний.

Большую опасность представляют опухоли (фибромиома матки, киста яичника), расположенные низко у входа или даже в полости таза; такие опухоли препятствуют прохождению плода по родовому каналу. Будучи выявлены в ранние сроки беременности, они подлежат удалению, иначе при родах потребуются своевременная хирургическая помощь (кесарево сечение).

Злокачественные новообразования матки с наступлением беременности, вследствие обильного кровенаполнения, растут быстрее. В подобных случаях в ранние сроки беременности удаляют полностью матку вместе с плодным яйцом; в поздние сроки, когда плод уже жизнеспособен, производят кесарево сечение, а затем тут же полностью удаляют матку.

Каждая беременная, у которой обнаруживается эрозия на шейке матки, должна быть направлена к врачу для уточнения диагноза и соответствующего лечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТУБЕРКУЛЕЗ

Перенесенный в прошлом и излеченный туберкулез при общем хорошем состоянии женщины с наступлением беременности обычно себя не проявляет.

Течение активного туберкулеза легких с наступлением беременности нередко ухудшается. Активная форма туберкулеза легких может обостряться как во время беременности, так и в послеродовом периоде, представляя большую опасность и для матери, и для плода. Сравнительно большой процент женщин, больных туберкулезом, не донашивает беременности до срока.

Плод может заразиться туберкулезом еще во внутриутробном периоде, если нарушается целостность ворсин плаценты. Следует все же отметить, что заражение таким путем бывает чрезвычайно редко. Новорожденный может заразиться туберкулезом после рождения от кормящей и болеющей туберкулезом матери или окружающих его больных туберкулезом.

Беременная, у которой в анамнезе имеется туберкулез, а тем более болеющая в данный момент туберкулезом, должна быть направлена в диспансер к специалисту.

Нередко при активной форме туберкулеза, особенно при туберкулезе гортани, приходится прибегать к прерыванию беременности.

При кормлении грудью больная туберкулезом мать должна оберегать ребенка от инфекции — надевать маску, не дышать и не кашлять на ребенка. Остальное время ребенок должен находиться в отдалении от матери; при всех манипуляциях по уходу за ребенком, если их проводит сама мать, она обязана быть в маске.

За кормящей грудью больной туберкулезом матерью необходимо постоянное наблюдение врача, так как иногда кормление грудью может ухудшить состояние ее здоровья.

В Советском Союзе во всех родильных домах в обязательном порядке проводится вакцинация новорожденных специальной ослабленной культурой туберкулезных палочек. Эта вакцинация носит название б $\acute{е}$ ц $\acute{е}$ жирования, она имеет целью повысить сопротивляемость ребенка к туберкулезной инфекции.

БЕРЕМЕННОСТЬ И МАЛЯРИЯ

Малярия, перенесенная в прошлом, а тем более во время беременности пагубно отражается на течении беременности и на развитии плода.

Беременность, роды и послеродовой период могут провоцировать малярию, которой когда-то болела женщина.

Плазмодии малярии, циркулируя в крови межворсинчатых пространств, вызывают значительные изменения в плаценте, на-

пример, очаговые омертвения ткани, мелкие кровоизлияния. Эти изменения снижают функцию плаценты, что, наряду с сопутствующей высокой температурой, нередко ведет к внутриутробной смерти плода, к преждевременному прерыванию беременности. Не исключена возможность, при нарушении целостности ворсины, в отдельных случаях и внутриутробного заражения плода малярией.

Необходимо внимательно опрашивать каждую беременную о перенесенных ею заболеваниях, не забывая и о малярии. При высокой температуре, ознобах необходимо исследовать кровь на присутствие в ней плазмодиев. Кровь надо брать во время озноба; помимо обычного мазка, на предметное стекло берут толстую каплю. Беременную, страдающую свежей формой малярии, как и перенесшую малярию в прошлом, необходимо направить к врачу. Надо обязательно проводить лечение. Беременную, больную малярией, лечат, как и обычно, хинином или акрихином. Применяемый при лечении хинин не способствует прерыванию беременности; нелеченная же малярия ведет к прерыванию беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И СИФИЛИС

Сифилис матери, если он не излечен, оказывает пагубное влияние на течение беременности и на развитие плода. Беременность у больной сифилисом женщины очень часто заканчивается гибелью плода, преждевременными родами, рождением мацерированного, мертвого ребенка; рождающиеся живыми дети бывают заражены сифилисом и часто оказываются нежизнеспособными.

Сифилис передается плоду от матери через плаценту. Спирохеты, циркулируя в межворсинчатых пространствах, постепенно разрушают ворсину плаценты, делают ее проходимой и, проникая в кровь плода, заражают его сифилисом.

Прерывание беременности при сифилисе обычно происходит в поздние сроки, чаще во второй половине.

У рождающегося мертвым плода, чаще мацерированного, жирот раздут вследствие резкого увеличения печени и наличия аспита; на подошвах отмечаются пузыри (pemphigus), по телу рассеяны сифилиды.

Плацента при сифилисе больше по размерам и весу, чем обычно.

Больная сифилисом женщина должна лечиться еще до беременности и непременно во время беременности.

В консультациях, помимо тщательного собирания анамнеза, как правило всем беременным женщинам проводится исследование крови (реакция Вассермана) для выявления больных сифилисом. Больным сифилисом беременным женщинам в течение беременности проводят 2—3 курса специального лечения, а после родов продолжают лечение матери и ее ребенка.

Наряду с исследованием крови, путем обследования и тщательного опроса беременной и ее мужа, а у повторнобеременных,

учитывая и исход предыдущих беременностей, выявляют женщин, подозрительных на сифилис. Таких беременных и их мужей направляют в венерологический диспансер.

Если своевременно и правильно лечить беременную, больную сифилисом, ребенок рождается здоровым.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Функция почек в течение беременности значительно повышается: только здоровые почки в состоянии справиться с большой нагрузкой, налагаемой на них беременностью.

Большую опасность представляет наличие у беременной хронического нефрита. С наступлением беременности течение нефрита ухудшается. При нефрите с первых месяцев беременности в моче обнаруживается белок, гиалиновые и зернистые цилиндры; повышается артериальное давление (гипертония); появляются отеки. В дальнейшем развиваются общие токсические проявления уремического характера (головные боли, ухудшается зрение вследствие образующегося ретинита, иногда с отслойкой сетчатки). Беременность при хроническом нефрите нередко осложняется преждевременной отслойкой плаценты. Наличие у женщины хронического нефрита или остаточных явлений перенесенного в прошлом нефрита является показанием к прерыванию беременности (стр. 544).

П и э л и т — воспаление почечных лоханок — встречается при беременности нередко. Предрасполагающим моментом к развитию пиелита является задержка оттока мочи, вызванная во время беременности понижением тонуса мочеточников, а отчасти и прижатием мочеточников (преимущественно правого) увеличенной беременной маткой. Чаще наблюдается правосторонний пиелит.

Наиболее вероятным является гематогенный путь проникновения инфекции в почечные лоханки.

Возбудитель инфекции, преимущественно кишечная палочка, может проникнуть по мочеточникам в лоханки восходящим путем. Заболевание начинается внезапно повышением температуры (иногда до 40°), ознобом, болями в пояснице. При исследовании больной обнаруживается резкая болезненность при постукивании в поясничной области на стороне заболевшей почки (симптом Пастернацкого). Постукивание следует производить в сидячем положении беременной, при этом одна рука акушерки ладонью располагается на спине в области почки, а кулаком другой руки ударяют по тыльной стороне кисти.

В первые часы заболевания моча может оказаться без гноя, так как поступление мочи из больной почки задерживается и в мочевой пузырь поступает моча из здоровой почки. Но уже вскоре, при первом же опорожнении лоханки заболевшей почки, в моче обнаруживается гной; под микроскопом видно большое

количество лейкоцитов; иногда сплошь все поле зрения усеяно ими. После опорожнения лоханки температура спадает, самочувствие больной улучшается, и в большинстве случаев беременность поддерживается в лоханке, доношивается благополучно до конца. В упорных случаях долго длящихся пиелитов, не поддающихся лечению, приходится во избежание образования пиелонефрита иногда прибегать даже к прерыванию беременности.

Для лечения пиелитов применяют дезинфицирующие средства — салол при кислой реакции мочи, уротропин внутрь и внутривенно при щелочной реакции мочи; рекомендуется положение беременной на боку на стороне здоровой лоханки.

Беременная с пиелитом должна быть направлена для лечения в стационар.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Беременность и роды предъявляют к сердечно-сосудистой системе очень большие требования. Течение заболеваний сердца, особенно недостаточно компенсированных, может ухудшиться с беременностью. Наиболее опасны пороки сердца, обусловленные сужением двустворчатого клапана (*stenosis mitralis*), острые заболевания эндокарда (клапанов) и сердечной мышцы (*endocarditis, myocarditis*).

Течение указанных заболеваний сердца ухудшается при беременности, и нередко при них показано прерывание ее, так как сохранение беременности у таких больных может вести к сердечной декомпенсации и даже закончиться смертью.

Другие заболевания сердца и сосудов также могут ухудшаться с беременностью и поэтому требуют очень внимательного наблюдения за беременной.

Беременность при недостаточности сердечной мышцы может быть доношена до срока, но это еще не значит, что и дальше все будет обстоять благополучно. Родовой акт является очень большой нагрузкой на сердечную мышцу, что иногда может оказаться пределом ее выносливости.

В ряде случаев при заболевании сердца последнее справляется с беременностью и родами и все как будто проходит благополучно однако в послеродовом периоде, уже в первые дни его, а иногда спустя месяц и даже больше, может наступить декомпенсация после перенесенной большой нагрузки.

Поэтому в консультации необходимо у каждой беременной внимательно исследовать состояние сердечно-сосудистой системы, наблюдать за работой сердца и при малейших отклонениях от нормального течения, проявляющихся легкой одышкой, цианозом губ, появлением отеков, немедленно госпитализировать беременную для наблюдения специалистами и решения вопроса о возможности сохранения беременности.

Роды у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, как правило, должны проводиться в родильном доме в присутствии врача, так как они нередко требуют врачебного вмешательства. В течение родового акта роженице вводят внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы и повторяют это введение, если нужно, два раза; одновременно ей дают дышать кислородом. Роды проводятся с обязательным применением психопрофилактического или другого метода обезболивания.

Учитывая, что при родах наибольшая нагрузка на сердечную мышцу падает на период изгнания, необходимо следить за тем, чтобы роженица не тужилась; этот период проводят очень бережно, в части случаев при соответствующих условиях извлекают младенца наложением щипцов, иногда предварительно рассекая промежность. Немедленно после родов надо туго забинтовать живот или положить на него тяжесть (мешок с песком), чтобы избежать внезапного понижения внутрибрюшного давления и связанного с этим резкого нарушения кровообращения.

Если при большом сроке беременности или ко времени наступления родов состояние женщины ухудшается, то предпочтительно родоразрешить женщину путем кесарева сечения под местной анестезией.

Родильница с пороком сердца требует особо бережного ухода и длительного строгого постельного режима. Таковую родильницу даже при благоприятном течении выписывают не раньше чем через три недели после родов. После выписки она требует систематического дальнейшего наблюдения (врачебный патронаж) в течение одного года, так как осложнения у таких больных возможны и спустя длительный срок после родов.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Обычно при беременности артериальное давление несколько повышается. Верхней границей нормального максимального артериального давления при беременности условно принято считать 125 мм ртутного столба.

Повышенное артериальное давление, впервые появившееся при беременности, как указывалось выше (стр. 305), является одним из симптомов токсикоза и имеет место преимущественно во второй половине беременности.

Повышение артериального давления в ранние сроки беременности с первых месяцев и даже недель без наличия белка в моче, без отеков следует рассматривать не как симптом токсикоза беременности, а скорее как проявившуюся гипертоническую болезнь, возможно, до этого скрыто протекавшую. Сочетание беременности с гипертонической болезнью, т. е. наступление беременности у женщины, страдающей до беременности гипертонической болезнью, представляет тяжелое осложнение. Беременность может ухудшить течение гипертонической болезни. Ведущим звеном в

механизме возникновения гипертонической болезни является нарушение и ослабление регулирующих функций коры головного мозга (Г. Ф. Ланг, М. В. Черноруцкий и др.), поэтому понятно, что гипертоническая болезнь может отрицательно сказываться на течении беременности.

Если у беременной, страдающей гипертонической болезнью, развивается токсикоз беременности, то он протекает особенно тяжело.

Наблюдающийся при гипертонической болезни спазм сосудов может при беременности проявляться различно. Так, спазм сосудов почек ведет к нарушению питания почек и ишемии их, что приводит к нарушению их функции (появляется белок и цилиндры в моче, появляются резкие головные боли, быстро нарастают отеки). При спазме сосудов глазного дна еще до того, как обнаруживается значительное повышение артериального давления или появляется альбуминурия, отмечаются нарушения со стороны функции глаза. В подобных случаях беременность либо самостоятельно прерывается, либо в некоторых случаях быстро нарастают явления преэклампсии, переходящей нередко в судорожную стадию — эклампсию.

При гипертонии наблюдаются мелкие кровоизлияния в плаценте и в тканях плацентарной площадки матки, в базальной части ее, что может вести к смерти плода; чаще это наблюдается в промежутке между 30 и 32 неделями беременности. При гипертонической болезни средней тяжести, не осложненной токсикозом, беременность может развиваться нормально и закончиться срочными родами. При тяжелых формах гипертонической болезни беременность часто прерывается самопроизвольно вследствие нарушения кровообращения в плаценте. Чтобы своевременно обнаружить сочетание гипертонической болезни и беременности, необходимо тщательно собирать анамнез у каждой беременной; необходимо выяснять, не было ли у женщины до беременности гипертонии. Измерять артериальное давление необходимо у каждой беременной с первых недель беременности. Беременная, у которой при первом обследовании обнаруживается гипертония или у которой при повторном обследовании отмечается повышение артериального давления, хотя бы и незначительное, даже при отсутствии белка в моче и отеков, должна быть направлена в стационар.

БЕРЕМЕННОСТЬ И АППЕНДИЦИТ

Течение аппендицита в ранние сроки беременности мало чем отличается от течения аппендицита без беременности.

Значительно опаснее появление аппендицита в поздние сроки беременности, когда уже больших размеров беременная матка оттесняет слепую кишку, а вместе с ней и червеобразный отросток кверху, нарушаются старые спайки. В более свободной

части брюшной полости, куда переместилась слепая кишка, условия для отграничения воспалительного очага менее благоприятны, чем внизу, на ее обычном месте, а потому скорее может развиваться общее воспаление брюшины — перитонит.

Беременность при аппендиците часто не донашивается — прерывается.

При появлении признаков аппендицита беременную необходимо немедленно отправить в больницу. При остром аппендиците во время беременности больную надо оперировать. После такой операции в ранние сроки беременности последняя благополучно донашивается; в поздние же сроки беременности, ближе к родам, вслед за оперативным вмешательством может наступить родовая деятельность, ухудшающая течение послеоперационного периода. Иногда опорожняют матку путем кесарева сечения и одновременно производят удаление червеобразного отростка.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ

Течение болезней кроветворных органов (злокачественное малокровие, лейкомия, хлороз) при беременности ухудшается. Женщины, страдающие малокровием, тяжело переносят беременность и роды и с большим трудом справляются даже с обычной кровопотерей при родах; такие беременные дают более высокий процент мертворождений и послеродовых заболеваний. Поэтому у всех беременных, страдающих болезнями крови и кроветворных органов, необходимо часто производить исследование крови и, в зависимости от результатов его, решать вопрос о возможности продолжения беременности. Такая беременная должна быть непременно своевременно направлена в стационар.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

У женщин с лабильной нервной системой, легко и болезненно реагирующих даже на незначительные раздражения, беременность и роды могут сопровождаться иногда психическими заболеваниями различного характера — депрессивной или маниакальной формы.

Существовавшая до беременности эпилепсия при беременности иногда ухудшается и сопровождается более частыми эпилептическими припадками. Припадки эпилепсии надлежит отличать от припадков эклампсии (стр. 308). Эпилепсии, как правило, не предшествует ни повышение артериального давления, ни появление белка в моче и отеков, хорошо собранный анамнез помогает установить диагноз эпилепсии, — у больной и до беременности были эпилептические припадки.

Из заболеваний центральной нервной системы во время беременности встречаются иногда острый полиомиелит и хорей.

Острый полиомиелит (poliomyelitis anterior acuta) — инфекционное (вирусное) заболевание, которое распространяется эпидемически и поражает преимущественно детей раннего возраста, но нередко это заболевание встречается и у взрослых. Установлено, что беременность повышает восприимчивость к полиомиелиту.

Заболевание начинается остро: повышается температура, появляется рвота, сонливость, вялость; отмечаются боли в спине и конечностях; возникают менингеальные симптомы. На высоте температуры или при ее спадении обычно в первые пять дней болезни развиваются параличи нижних конечностей, реже рук, иногда руки и ноги на одной стороне; спустя некоторое время после появления параличей развивается атрофия мышц, исчезают сухожильные рефлексы.

Описанные клинические симптомы связаны с изменениями в нервных клетках передних рогов спинного мозга и с изменениями, наступающими при этом во всем организме больной.

При соответствующем лечении спустя 6—12 месяцев, а иногда и больше удается добиться восстановления функций.

Хорея может впервые появиться только при беременности, иногда же удается выяснить, что беременная страдала ею в детстве. Заболевание носит характер судорожных подергиваний мышц всего тела, которые обычно начинаются с верхних конечностей, а затем переходят и на нижние; они могут повторяться и днем, и ночью.

Хорея во время беременности дает высокий процент смертности матерей и еще более высокий процент смертности детей; часто беременность при хорее заканчивается самопроизвольным выкидышем или преждевременными родами.

При хорее необходимо прежде всего изолировать больную; тщательно ухаживать за ней; для лечения применять снотворные средства и средства, укрепляющие организм (препараты кальция, мышьяка). В особо тяжелых случаях прибегают к прерыванию беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Инфекционные заболевания (брюшной тиф, сыпной тиф, малярия, ангина, грипп, бруцеллез и др.) во время беременности, вследствие сопровождающей их высокой температуры, общей интоксикации и возможности иногда перехода инфекции от матери к плоду, оказывают пагубное влияние на течение беременности.

И. П. Лазаревич наблюдал женщину, у которой во время выздоровления от оспы на V месяце беременности произошел выкидыш, причем плод был покрыт множеством оспин.

З. М. Захарова, исследуя плаценты и мертворожденные плоды, родившиеся от матерей с той или иной септической инфекцией при родах, обнаружила в большом проценте бактерии в тканях плаценты и в тканях плода, что свидетельствует о возможности внутриутробного заражения плода.

В большом проценте случаев при острых инфекционных заболеваниях во время беременности наблюдается преждевременное прерывание беременности, мертворождения, тяжелые осложнения при родах (кровотечения) и заболевания в послеродовом периоде.

Из инфекционных заболеваний особо следует отметить ангину и грипп, которые чаще встречаются и вместе с тем без всяких к этому оснований считаются мало опасными для беременных.

Гриппозная инфекция оказывает весьма неблагоприятное влияние на течение беременности, родов и на состояние плода. Грипп во время беременности, как показали наши исследования, дает высокий процент преждевременных родов, мертворождений, значительно повышает процент послеродовых заболеваний. Необходимо всячески оберегать беременную от гриппозной инфекции, применяя соответствующие лечебно-профилактические мероприятия.

При остром заболевании или при септической инфекции, возникшей во время родов, необходимо немедленно приступать к лечению роженицы, имея в виду, что этим мы предупреждаем заболевание плода.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С наступлением беременности, наряду с появлением новых желез внутренней секреции (желтое тело, плацента), происходят большие изменения во всей эндокринной системе. Понятно, что при правильной координации работы желез внутренней секреции сохраняется их гармоническая деятельность.

Нарушения в корреляции желез внутренней секреции, возникновение тех или иных эндокринных заболеваний находятся в зависимости от состояния нервной системы, от изменений функции коры головного мозга, ее регуляторных механизмов.

Если до беременности отмечалась ненормальная функция какой-либо железы, то с беременностью это может ухудшиться. Так, например, у некоторых женщин, страдающих базедовой болезнью, с беременностью увеличивается щитовидная железа и ухудшается общее состояние. При недостаточности околощитовидных желез во время беременности отмечается повышенная возбудимость мышц, судорожные их сокращения.

У женщин, страдающих диабетом, беременность наступает редко; если же она наступает, то может повести в послеродовом периоде к смерти от диабетической комы, если родильнице не будет во-время введен инсулин.

Беременные, больные диабетом, должны получать полноценную диету, соответствующее количество инсулина и достаточное количество витаминов.

Наряду с этим, особое внимание должно быть уделено устранению у беременной страха, тревоги за исход беременности, родов и за судьбу ребенка.

Во время кормления грудью больные легкой формой диабета должны получать рациональную диету и в небольших дозах инсулин.

Встречаются и другие заболевания эндокринной системы — все они требуют специального обследования и крайне ответственного решения о возможности продолжать беременность.

БЕРЕМЕННОСТЬ И НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Неправильные положения матки — резкий перегиб тела матки кзади — *retroflexio*, опущение и выпадение матки — *descensus et prolapsus uteri* — иногда препятствуют наступлению беременности.

При *retroflexio*, если матка не фиксирована спайками в заднем ду-
гласе, беременность обычно развивается нормально; к началу IV месяца матка выходит из малого таза и положение ее исправляется.

Иногда отклоненное кзади тело беременной матки задерживается выступающим мысом крестца, рост матки затрудняется, и примерно к четырем месяцам беременности наступает выкидыш.

При фиксированном отклонении кзади беременная матка продолжает оставаться в полости малого таза; все увеличиваясь, матка начинает сдавливать соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку). Беременная испытывает вначале затруднение при мочеиспускании, а в дальнейшем самостоятельное мочеиспускание оказывается совершенно невозможным, появляются резкие боли с явлениями раздражения тазовой брюшины: при этом тяжелом осложнении — ущемлении фиксированной беременной матки (рис. 220) — необходимо иногда немедленно прервать беременность.

Установленное в начале беременности отклонение матки кзади требует особого наблюдения за беременной. Не следует акушерке самой пытаться исправлять положение матки — это может привести к выкидышу; необходимо немедленно направить такую беременную к врачу на консультацию или в родильный дом.

Если матка не фиксирована в тазу спайками, то врач может попытаться после опорожнения мочевого пузыря вывести матку. В коленно-локтевом положении беременной, если нет плотных

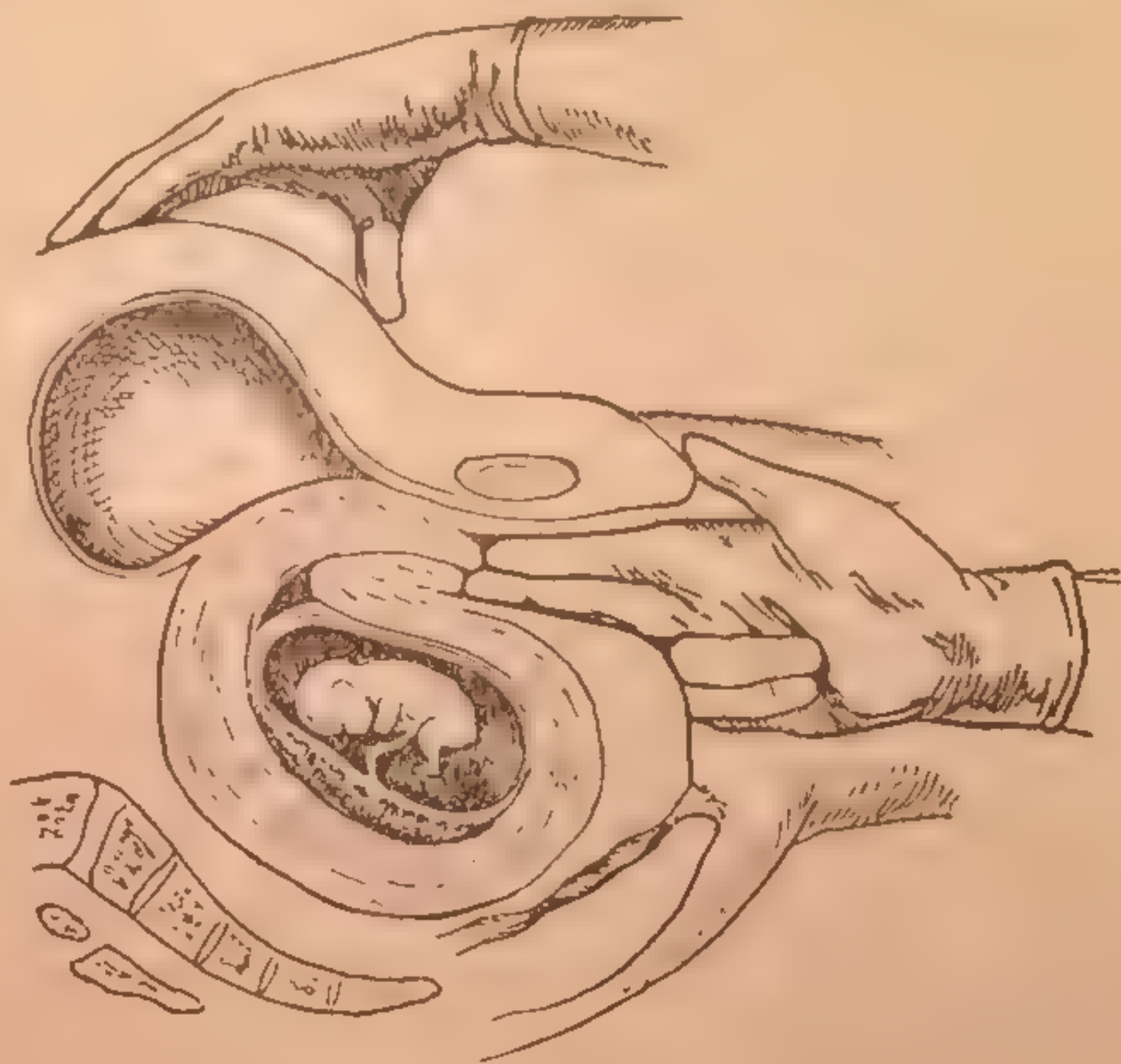


Рис. 220. Ущемленная в тазу беременная матка.

спаяк, иногда удается вывести матку из полости малого таза. При затруднении, невозможности вывести ущемленную матку прибегают к искусственному прерыванию беременности.

При выпадении стенок влагалища в случае наступления беременности вначале может отмечаться некоторое усиление выпадения, а с IV месяца беременности, когда матка выходит из малого таза, выпадение влагалишных стенок становится менее выраженным. В родах выпадение влагалища особых препятствий не представляет.

При частичном выпадении матки беременность может протекать нормально. Низко опущенная и показывающаяся нередко снаружи шейка матки представляет некоторые затруднения при родах. Обычно в подобных случаях при проведении родов осторожно пальцами заправляют край наружного зева шейки матки за опустившуюся в полость таза головку. Заправление шейки надо производить с соблюдением строгой асептики и антисептики.

БЕРЕМЕННОСТЬ И НЕДОРАЗВИТИЕ МАТКИ

Недоразвитие матки — одна из причин женского бесплодия. Если при такой матке все же иногда наступает беременность, то она часто не донашивается до конца и заканчивается либо выкидышем, либо преждевременными родами. Объясняется это тем, что слизистая оболочка и мышечный слой такой матки недостаточно развиты. Следует отметить, что беременность в подобном случае, даже прервавшаяся до срока, оказывает благотворное влияние на недоразвитую матку; в результате беременности такая матка как бы доразвивается, и одна из следующих беременностей донашивается до конца.

Чрезвычайно неблагоприятным при недоразвитии матки является искусственное прерывание беременности — выскабливание полости беременной матки. В подобных случаях женщина в дальнейшем нередко остается бесплодной на всю жизнь.

Если у женщины до беременности констатируется недоразвитие матки или таковое предполагается по данным анамнеза (менструации наступили поздно, установились не сразу, сопровождались болями, предыдущая беременность прервалась до срока), то, наряду с мероприятиями, направленными на общее укрепление организма, с наступлением беременности, во избежание прерывания последней, необходимо женщине советовать воздерживаться в течение первых 2—3 месяцев беременности от половых сношений, избегать сильных физических напряжений, при появлении болей внизу живота — постельный режим, госпитализация в родильном доме. При такой матке имеется также и недоразвитие труб, которые отличаются значительной извилистостью, что может вести к задержке оплодотворенного яйца в канале трубы, к образованию внематочной (тубной) беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Пороки развития женских половых органов могут быть различного характера и локализации (стр. 38). Встречаются раздвоения полового тракта — двойное влагалище при одной матке; двойное влагалище при одной двурогой матке (в этом случае, наряду с влагалищной перегородкой, тело матки разделено на две отдельные полости, из которых одна может быть недоразвитой); двойная матка — две совершенно отдельные друг от дру-

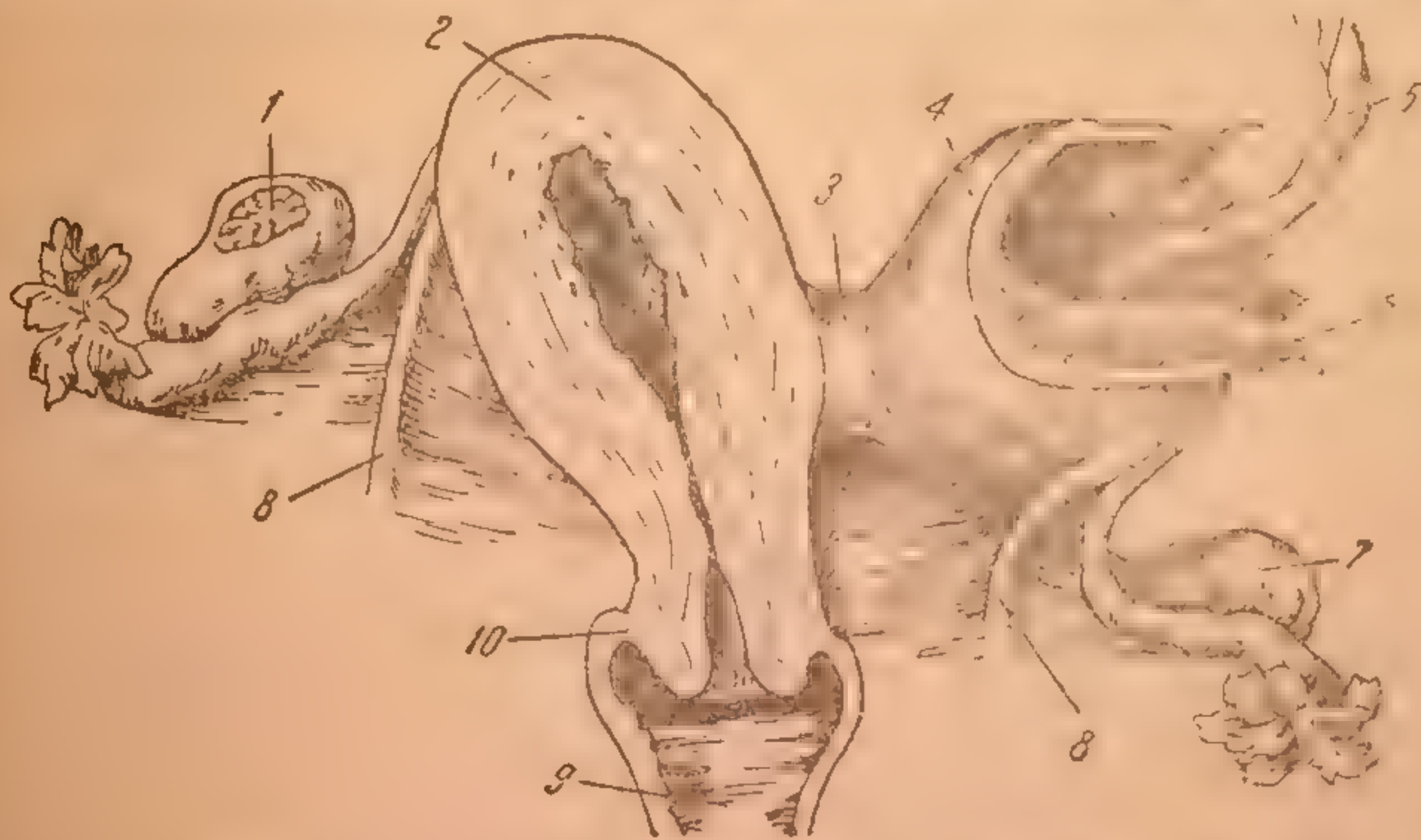


Рис. 221. Беременность в рудиментарном роге.

1 — желтое тело в яичнике; 2 — однорогая матка; 3 — соединительный мостик; 4 — разорвавшийся рудиментарный рог; 5 — пуповина; 6 — плацента; 7 — левый яичник; 8 — круглые связки; 9 — влагалище; 10 — шейка матки.

га шейки и два тела матки, причем от каждой матки отходит по одной трубе (рис. 16).

При этих пороках беременность возможна и может развиваться нормально. Если беременность возникает в развитом роге, она заканчивается нормальными родами; если же беременность возникает в недоразвитом роге, она прерывается. Возможна одновременная беременность в обоих рогах, но это встречается чрезвычайно редко.

Большую опасность представляет беременность в рудиментарном роге матки (рис. 221). Рудиментарный рог сообщается с маткой очень узким каналом или вообще между ними нет сообщения.

Беременность может возникнуть и в рудиментарном роге, не имеющем сообщения с маткой. В этих случаях сперматозоиды проникают по трубе «нормальной» матки в брюшную полость и далее к яичнику противоположной стороны; здесь может произойти оплодотворение, затем по трубе рудиментарного рога яйцо попадает в полость последнего. Обычно в рудиментарном роге

отпадающая оболочка развивается очень слабо, ворсинки имплантировавшегося яйца глубоко проникают в мышечный слой, что в конечном счете может вести к разрыву рога, сопровождающемуся обильным кровотечением. Если же разрыва стенки рудиментарного рога во время беременности не происходит и последняя прогрессирует, может наступить не менее опасное осложнение: начинающиеся родовые схватки, вследствие отсутствия выхода из полости рога, могут (если не будет своевременно распознана эта патология) привести к разрыву стенки рога.

Только своевременное установление диагноза, своевременная госпитализация и необходимая операция могут спасти такую беременную от смерти.

Упомянутые в настоящей главе заболевания не исчерпывают, конечно, всех заболеваний, с которыми может встретиться акушерка в своей работе. Важно знать, что для больной женщины беременность представляет большую нагрузку, почему необходимо своевременно выявлять больных беременных.

Больная беременная женщина требует, помимо всестороннего обследования, постоянного наблюдения за состоянием ее здоровья; она должна быть немедленно направлена к врачу, в консультацию, а отсюда в стационар. Если врач считает возможным сохранить беременность, не помещая беременную в стационар, то акушерка должна проводить наблюдение и уход за такой беременной, но только по указанию врача и под постоянным его контролем.

Глава XVIII

ВЫКИДЫШ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Под выкидышем, или абортom (abortus), понимают прерывание беременности сроком до 28 недель, или 7 лунных месяцев; прерывание беременности позже этого срока называют преждевременными родами. Эта граница обусловлена степенью жизнеспособности плода; плод, родившийся после 28 недель беременности, при надлежащем уходе может остаться живым.

Различают выкидыш ранний — до 3 месяцев (рождается эмбрион) и поздний — свыше 3 месяцев и до 7 лунных месяцев (рождается плод). Рождение плодов, длиной не превышающих 35 см и весом до 1 000 г, относят к поздним выкидышам.

Предрасполагающие к прерыванию беременности факторы могут быть различными: они могут зависеть от общих заболеваний беременной (острые инфекции, сифилис, малярия, анемия, гиповитаминоз), от заболеваний половых органов (воспаления, изменения после бывших абортom, недоразвитие матки, новообразования), от заболеваний и аномалий развития плодного яйца, от недостаточной функции желтого тела (антиконтрактильное влия-

ние его гормонов на матку) и других нарушений нейро-эндокринного характера.

Не исключается возможность прерывания беременности ранних сроков в результате травмы (падение, ушибы, поднятие тяжести). Однако травмы обычно приводят к выкидышу у тех женщин, у которых имеются предрасполагающие к тому условия; таковы, например, перечисленные выше заболевания и аномалии развития. В противном случае обычные бытовые травмы крайне редко сопровождаются нарушением беременности.

Нам приходилось наблюдать женщин, у которых, несмотря на значительные контузии, травмы, сопровождавшиеся иногда даже множественными переломами таза, беременность сохранялась и доношивалась до нормального срока.

Одним из существенных факторов, способствующих преждевременному прерыванию беременности, является недостаточное насыщение организма беременной витаминами и, в частности, витамином Е.

Отсутствие витамина Е в пище приводит к мышечной дистрофии. Витамин Е необходим также для нормальной функции желтого тела (стр. 49). В связи с этим беременным с склонностью к недонашиванию желательнее, как можно раньше и длительно принимать витамин Е, лучше в условиях стационара.

Исследования советских акушеров и физиологов показали, что в преждевременном прерывании беременности решающее значение имеет функциональное состояние центральной нервной системы. Применение брома с кофеином (стр. 303) по ряду показаний иногда предупреждает прерывание беременности и способствует ее доношиванию.

Выкидыш, происшедший без каких-либо вмешательств, называется самопроизвольным, спонтанным. Если спонтанные выкидыши повторяются у женщины подряд два раза и больше, говорят о «привычном» выкидыше.

В большинстве случаев встречающиеся в повседневной практике выкидыши являются результатом посторонних вмешательств различного характера — медикаментозного, инструментального, — это так называемый искусственный выкидыш. Искусственные выкидыши в свою очередь делят на преступные (криминальные), сделанные вне больницы, и медицинские, сделанные врачом в лечебном учреждении по медицинским показаниям.

Выкидыш обычно характеризуется появлением двух симптомов — кровотечения и схваткообразных болей внизу живота. По характеру течения различают следующие формы.

Угрожающий выкидыш — *abortus imminens*; беременная жалуется при этом на небольшие, иногда схваткообразного характера боли внизу живота; кровянистые выделения обычно отсутствуют. Следует обращать особое внимание на подобные жалобы женщин, особенно тех из них, в анамнезе которых уже имелись самопроизвольные выкидыши. Покой, постельный режим, полное воздержание от половой жизни на более или менее

длительный срок, применение прогестерона по 5 мг ежедневно, в течение 10 дней позволяют иногда сохранить беременность. Как противоспазматическое средство применяют папаверин, вводя его в свечах по 0,02—0,03 г 2 раза в день. Рекомендуются давать внутрь настойку опия по 8 капель 2 раза в день и экстракт витамина Е по чайной ложке 3—4 раза в день.

Н а ч и н а ю щ и й с я выкидыш — *abortus incipiens*. В этих случаях, наряду со схваткообразными болями внизу живота, имеются и незначительные кровянистые выделения, что указывает на начавшуюся отслойку плодного яйца. При влагалищном исследовании находят шейку сохранившейся, наружный зев закрытым, матку увеличенной соответственно сроку беременности; на исследующем пальце кровянистые, смешанные со слизью выделения. Влагалищное исследование в подобных случаях должно быть крайне бережным, чтобы не вызвать механического раздражения матки, увеличивающего отслойку яйца. Следует ограничиться постельным режимом (в родильном доме, в больнице); иногда и в этой стадии дальнейшая отслойка предотвращается, и беременность сохраняется.

Для понижения возбудимости мускулатуры матки внутрь назначают настойку опия по 8 капель 2 раза в день и свечи с папаверином; инъекции прогестерона по 5 мг в день ежедневно в зависимости от характера течения выкидыша.

Если отслойка плодного яйца увеличивается, кровотечение усиливается, начинают выделяться сгустки крови, имеется прогрессирующий выкидыш, который протекает либо по типу аборт в ходу, либо как неполный выкидыш, что представляет собой по существу разновидность одного и того же выкидыша.

А б о р т в х о д у — *abortus protrahens* — это такое течение выкидыша, при котором все плодное яйцо целиком отслоилось от стенок матки, плодный пузырь цел и со всем его содержимым вклинивается в шейечный канал, вдается во влагалище. При влагалищном исследовании в подобном случае находят вдающийся во влагалище плодный пузырь, вокруг которого прощупывается в виде кольца край наружного зева шейки матки. Если кровотечение не сильно, разрывать пузырь не следует, наоборот, лучше его сохранить, так как при целых оболочках плодное яйцо легче и скорее выйдет полностью из матки. После выхождения яйца целиком производят проверочное выскабливание полости матки.

При разрыве же пузыря в подобном случае изливаются околоплодные воды, после чего при несглаженной шейке и малом открытии зева плодное яйцо задерживается в матке, кровопотеря увеличивается, и выкидыш протекает по типу неполного.

Н е п о л н ы й в ы к и д ы ш — *abortus incompletus*. Как показывает название, при этом часть плодного яйца вышла, а остатки его задержались в матке.

При влагалищном исследовании во влагалище обычно находят большое количество сгустков крови; шейный канал укорочен и внутренний зев свободно пропускает палец; во внутреннем зеве палец нащупывает сгустки крови, а нередко и остатки плодного яйца.

В подобных случаях необходимо удалить из полости матки задержавшиеся остатки, препятствующие сокращению матки и поддерживающие дальнейшее кровотечение.

Как правило, такую больную немедленно направляют в больницу, где ей производят выскабливание полости матки или пальцевое удаление остатков плодного яйца.

Только при невозможности отправить больную в больницу вызывают на место врача, предупредив его о характере заболевания, чтобы он мог захватить с собой необходимый инструментарий.

При сильном кровотечении и достаточном открытии шейного канала, если организовать врачебную помощь почему-либо невозможно, акушерка должна сама предпринять необходимое вмешательство.

При достаточно открытой шейке, позволяющей проникнуть в матку двумя (указательным и средним) пальцами, ими удаляют остатки плодного яйца (рис. 312).

Повторяем, к пальцевому удалению акушерка прибегает лишь в исключительных случаях, причем непременно при строжайшем соблюдении правил асептики и антисептики.

П о л н ы й в ы к и д ы ш — *abortus completus*. При этом плодное яйцо полностью вышло из матки, кровотечение прекратилось и матка сократилась. Нередко в подобных случаях женщина даже приносит с собой вышедшее плодное яйцо. Следует, однако, иметь в виду, что и в этих случаях в полости матки могут остаться маленькие кусочки плацентарной ткани, которые в дальнейшем способны вести к длительным кровянистым выделениям, к образованию так называемых плацентарных полипов, почему и в этих случаях рекомендуется проверочное выскабливание стенок полости матки, которое должен производить врач.

И н ф и ц и р о в а н н ы й в ы к и д ы ш. Аборт, произведенный невежественными знахарками, в грязной обстановке, грязными инструментами или различными предметами, почти всегда осложняется тяжелой инфекцией.

Наряду с кровотечением, а иногда и без всякого кровотечения, у женщины повышается температура, появляются ознобы, и в тяжелом состоянии ее доставляют в лечебное учреждение.

При осмотре иногда удается обнаружить следы вмешательства: ранения слизистой оболочки влагалища и сводов, ранения шейки матки, оставленный инструмент или какой-нибудь предмет.

Инфицированные выкидыши дают очень тяжелые осложнения и высокий процент смертности. Лечение при инфицированном выкидыше чрезвычайно ответственно.

Только если имеется налицо угрожающее кровотечение, при инфицированном выкидыше допустимо активное вмешательство в виде инструментального удаления задержавшихся остатков плодного яйца. В остальных случаях лихорадочного выкидыша обычно проводят консервативное лечение, с вмешательством выжидают до тех пор, пока температура не станет нормальной. Активное вмешательство при высокой температуре, особенно если воспалительные явления распространились за пределы матки, дает очень высокий процент тяжелых осложнений и смертности.

Санитарно-просветительной работой в консультации (стр. 543), на производстве необходимо разъяснять женщинам тяжелый вред, который наносит их здоровью «подпольный» аборт.

Преждевременные роды — это прерывание беременности после 28 недель.

Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза (последняя менструация, первое шевеление плода) и данных акушерского исследования (стояние дна матки, окружность живота, величина головки плода).

Однако не всегда эти данные оказываются надежными для точного установления диагноза.

Точнее диагноз преждевременных родов устанавливают на основании веса и длины родившегося плода. Недоношенным считается плод, весящий менее 2 500 г и длиной короче 45 см; роды таким плодом считаются преждевременными.

Моменты, способствующие преждевременному прерыванию беременности, могут быть различны; к ним относятся токсикозы, преимущественно второй половины беременности, многоплодие и многоводие, сифилис, воспалительные заболевания женских половых органов, их недоразвитие, эндокринные нарушения, нервно-психические переживания и некоторые другие причины.

Среди факторов, оказывающих отрицательное влияние на течение беременности и значительно повышающих процент преждевременных родов, следует особо отметить перенесенные аборт и инфекционные заболевания во время беременности; особенно это относится к гриппозной инфекции и малярии (стр. 334 и 341).

При преждевременных родах часто обнаруживаются изменения в плаценте характера воспаления и различного вида расстройств кровообращения в ней. Особенно это относится к женщинам, которые в течение беременности болели гриппом, ангиной. Инфекционные заболевания во время беременности могут вести к патологическим изменениям в плаценте и к прерыванию беременности. Это обстоятельство необходимо учитывать в работе женской консультации.

При преждевременных родах очень часто отмечается ранний и преждевременный разрыв плодного пузыря, что влечет за собой затяжные роды, большой процент внутриутробной асфиксии, мертворождений, большие родовые травмы плода и высокий про-

цент послеродовых заболеваний матери. Часто встречающиеся при преждевременных родах неправильные положения плода, неправильная отслойка детского места, вследствие его более интимной связи со стенкой матки, благодаря воспалительным изменениям в плаценте, осложняют течение родов и нередко требуют оперативных вмешательств, что также повышает процент послеродовых заболеваний. Преждевременные роды необходимо проводить в родильном доме (с врачом).

Родившийся недоношенный (незрелый) плод даже весом в 1 000 г при надлежащем уходе (стр. 290) может жить и в дальнейшем развиваться, как и доношенный ребенок.

В борьбе с преждевременными родами основное место принадлежит проведению широких лечебно-профилактических мероприятий среди женщин вообще и беременных в частности, т. е. необходима правильная организация работы женских консультаций.

Глава XIX

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ — GRAVIDITAS EXTRAUTERINA

Если плодное яйцо имплантируется и развивается не в матке, а вне ее — в маточной трубе, в яичнике или в брюшной полости, — то развивается **внематочная беременность**.

В зависимости от места, где яйцо имплантировалось, возможна беременность брюшная, яичниковая и трубная. Чаше встречается внематочная трубная беременность. При трубной беременности различают соответственно месту имплантации яйца в трубе: трубную ампулярную, истмическую и интерстициальную беременность (рис. 222).

Возникновение внематочной беременности большей частью связано с воспалительными изменениями в слизистой оболочке маточной трубы и с изменениями в мускулатуре трубы. При изменении, а иногда и полном отсутствии мерцательного эпителия плодное яйцо не продвигается по трубе; имеющееся при этом сужение просвета трубы также препятствует продвижению яйца. С изменениями, возникающими в результате воспаления мускулатуры трубы, связано нарушение обычных перистальтических сокращений ее, что также задерживает продвижение яйца.

Трубная беременность может встретиться при недоразвитии труб (стр. 344); при извилистой недоразвитой маточной трубе со слабо развитой мускулатурой яйцо продвигается очень медленно; за время продвижения оно успевает увеличиться в размерах и как бы «застревает» и имплантируется в трубе.

Слизистая оболочка трубы развита слабее, чем слизистая оболочка матки, образуемая *decidua* быстро разрушается

клетками ворсин; ворсины очень скоро проникают в мышечный слой трубы. Крайне редко стенки трубы растягиваются настолько, чтобы могла образоваться полость, вмещающая плодное яйцо большого срока беременности.

Развиваясь в трубе, плодное яйцо растягивает и истончает ее стенки. В том месте, где развивается плацента, стенка трубы глубоко пронизывается ворсинами и в конечном счете на 8—10-й неделе беременности разрывается.

Возможны случаи, когда, вследствие слабого прикрепления к стенке трубного канала, яйцо отслаивается, погибает и остается

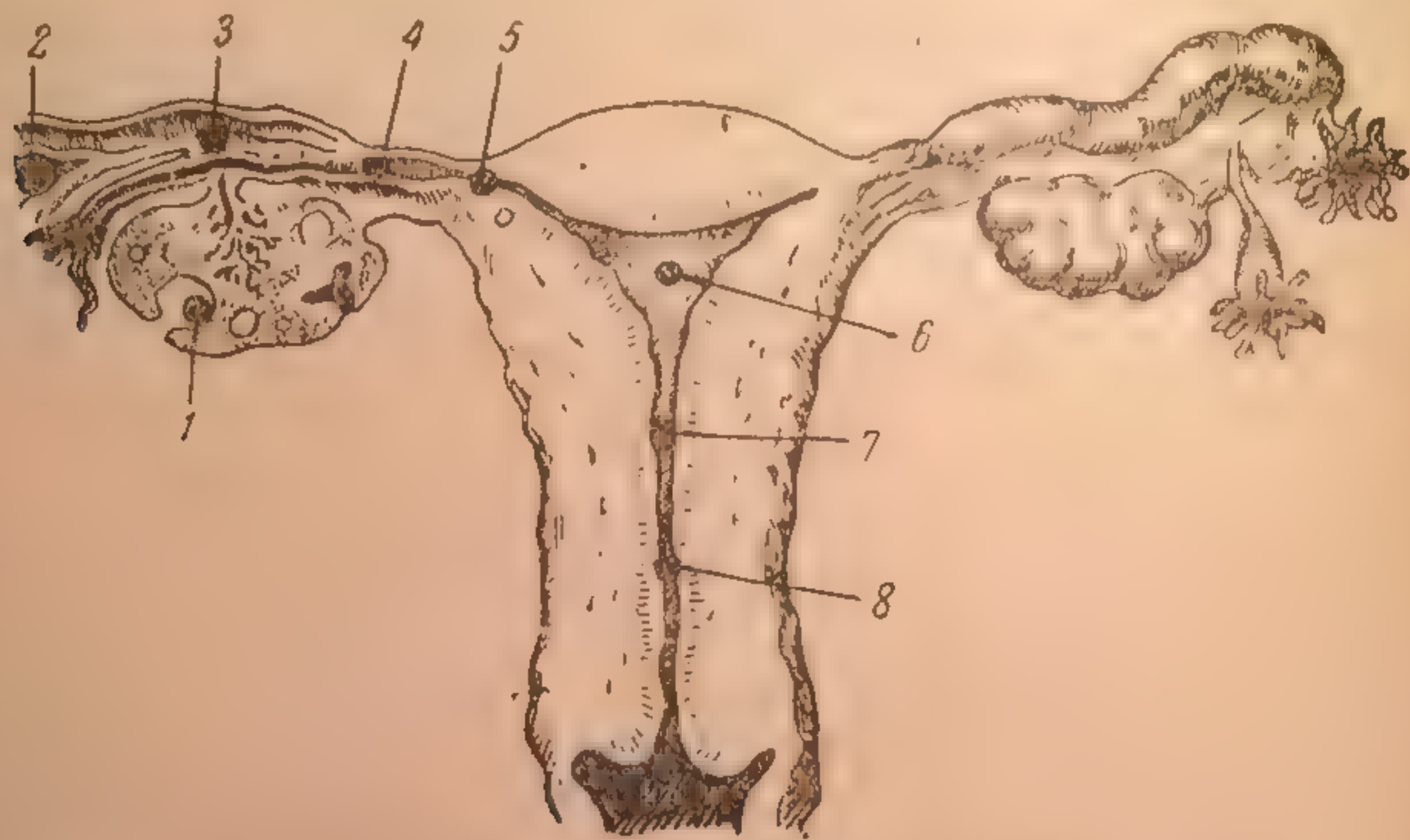


Рис. 222. Схема возможного места прикрепления яйца при внематочной беременности.

1 — в яичнике; 2 — в ампулярной части трубы; 3 и 4 — в истмической части трубы; 5 — в межуточной (интерстициальной) части трубы; 6 — в полости матки; 7 — в нижнем отделе полости матки; 8 — в области перешейки.

в трубе, просвет которой заполняется излившейся в результате отслойки кровью — образуется гематосальпинкс.

Отслоившееся яйцо сокращениями трубы может быть выброшено в брюшную полость, — это так называемый трубный аборт. В редких случаях при трубном аборте яйцо оказывается неповрежденным; в таком случае оно может осесть в брюшной полости (на широкой связке, на кишках) и развивается дальше — это так называемая вторичная брюшная беременность.

Брюшная беременность может достигать больших сроков и быть даже доношенной.

Течение внематочной беременности. В первые недели течение трубной беременности ничего характерного не представляет; налицо те же признаки беременности, как и обычно: матка увеличивается; в конце второго месяца беременности при влагалищном исследовании удается прощупать незначительно увеличенную в размерах матку и с одной стороны в области

придатков пульсирующее округлое утолщение мягковатой консистенции, несколько болезненное при исследовании. Диагноз внематочной беременности, особенно первых недель ее, весьма труден. Большую помощь в этих случаях оказывает применение биологической реакции.

При начинающемся трубном аборте беременная отмечает схваткообразные боли внизу живота; болезненность при пальпации живота, особенно на стороне беременной трубы, вследствие раздражения брюшины; появляются темные кровянистые, мажущегося характера выделения из половых органов. При влагалищном исследовании удается иногда прощупать расширенный и болезненный ампулярный конец трубы.

При разрыве беременной трубы отмечается иная картина; разрыв трубы в большинстве случаев сопровождается шоком — у больной, до этого ощущавшей незначительные боли внизу живота, внезапно появляются резкие боли внизу живота, наступает кратковременное обморочное состояние; отмечается резкая бледность покровов; губы бледные, слегка цианотичные; зрачки расширены; живот слегка вздут и при дотрагивании болезненный (раздражение брюшины); пульс частый, слабого наполнения; температура при этом остается нормальной.

Налицо и признаки внутреннего кровотечения, которое бывает особенно большим при разрыве трубы в межуточном ее отделе — трубная интерстициальная беременность (рис. 222); наружное кровотечение может быть незначительным и даже отсутствовать. Больная жалуется на шум в ушах, мелькание в глазах; некоторые отмечают боль, отдающую в плечо, в лопатку (френикус-симптом). При пальпации живота обнаруживается резкая болезненность в нижнем отделе, выражен симптом Щеткина; при перкуссии живота отмечается приглушение перкуторного звука в подвздошных отделах и над лоном (при опорожненном мочевом пузыре), в остальных местах — тимпанический звук. При этом перкуссию живота следует производить сначала в положении больной на спине, а затем на боку.

Когда излившаяся кровь скопилась в заднем дугласовом пространстве, при влагалищном исследовании удается установить выпячивание заднего свода и прощупать образовавшуюся из свернувшейся крови заматочную опухоль — haematocoele retrouteri. Наличие крови в заднем дугласовом пространстве можно установить путем пункции через задний свод.

В некоторых случаях при прервавшейся внематочной беременности в ближайшие дни из матки выделяется decidua, иногда в виде слепка, отпечатка, напоминающего по форме полость матки; большей же частью отмечаются темнокровянистые мажущиеся выделения, продолжающиеся нередко до полной ликвидации внематочной беременности. Необходимо особенно тщательно следить за выделениями; обнаруженная в выделениях decidua бесспорно подтверждает диагноз внематочной беременности.

Однако не следует обязательно дожидаться появления признаков, подтверждающих бесспорный диагноз внематочной беременности. Такое промедление может стоить больной жизни.

Влагалищное исследование следует производить крайне бережно, в противном случае оно может привести к разрыву трубы. При подозрении на внематочную беременность необходимо срочно направить женщину в больницу. Только своевременная операция — удаление разорвавшейся трубы или трубы с плодным яйцом — с одновременным переливанием крови спасает жизнь больной.

В очень редких случаях прогрессирующая брюшная беременность может дойти до нормального срока; если она будет своевременно установлена, то путем чревосечения удастся извлечь живого ребенка. Чаще все-таки брюшная беременность не донашивается, плод погибает и в дальнейшем, оставаясь в брюшной полости, может подвергнуться мацерации или превратиться в lithoraedion (окаменелый плод). Установив диагноз брюшной беременности, рекомендуется произвести чревосечение, не дожидаясь окончания срока беременности.

Глава XX

ПАТОЛОГИЯ РОДОВ

АНОМАЛИИ ИЗГОНЯЮЩИХ СИЛ

Течение родового акта связано с силой и характером маточных сокращений — **схваток** — и присоединяющимися позднее к схваткам сокращениями брюшного пресса — **потугами**.

Схватки в родовом акте играют основную роль; периодические сокращения мощной гладкой мускулатуры матки — это своего рода мотор; при нарушении работы этого мотора нарушается нормальное течение родов.

Слабые схватки удлиняют родовой акт, который в некоторых случаях может совершенно приостановиться; чрезмерно же интенсивные схватки могут привести к стремительным родам.

Нарушения в работе мышц брюшного пресса неблагоприятно сказываются на течении родового акта в периоде изгнания плода; однако это имеет меньшее значение, чем нарушения в характере схваток. Хорошие схватки могут довести родовой акт до конца и при слабых потугах.

Слабость схваток. Недостаточно энергичные сокращения мышц матки, непродолжительные схватки с необычно длинными промежутками между ними объединяются понятием **родовая слабость**.

Если схватки с самого начала родов и дальше остаются слабыми, вялыми, такую родовую слабость называют **первичной**; если же родовая деятельность развивалась нормально, а к концу периода раскрытия или к началу изгнания ослабевает, говорят о **вторичной родовой слабости**.

Первичная родовая слабость наблюдается при недоразвитии матки, при чрезмерно растянутых стенках матки (многоводие и многоплодие); в первом случае родовая слабость зависит от недоразвития мускулатуры матки, а во втором — от сокращаться.

Первичная родовая слабость встречается нередко после предшествовавших аборт, после перенесенных воспалительных заболеваний половых органов, при опухолях в матке, вызывающих изменения в стенке ее (фибромиома).

Причины, тормозящие родовую деятельность, могут быть нервно-психического характера, особенно у женщин, у которых первые роды протекали тяжело.

Первичная родовая слабость зависит от особенностей организма женщины в целом, от функционального состояния ее нервной системы; у слабых, истощенных женщин, у женщин со слабо развитой мышечной системой нередко встречается первичная родовая слабость.

Часто приходится встречаться с относительной первичной родовой слабостью при преждевременном отхождении вод, при высоко стоящей после отхождения вод предлежащей части, при малой по объему предлежащей части, или при отсутствии ее (поперечное положение плода).

Плодный пузырь и стоящая во входе в таз головка, как выше отмечалось, оказывая давление на нервные узлы шейки матки, являются своего рода постоянными раздражителями, усиливающими маточные сокращения. В большинстве же случаев преждевременного отхождения вод при несглаженной и мало открытой шейке головка плода находится высоко, что также отчасти объясняет слабую родовую деятельность.

С подобным осложнением часто встречаются при родах в тазовом предлежании плода.

Отрицательное влияние на характер родовой деятельности может оказывать и переполненный мочевой пузырь.

Вторичная родовая слабость может зависеть от неполноценности мускулатуры матки, от быстрой утомляемости ее; это бывает преимущественно в тех случаях, когда предлежащая часть плода на своем пути встречает значительные препятствия: несоответствие между размерами головки плода и тазом матери, неправильные вставления головки, ригидность зева, рубцовые изменения в шейке и влагалище, слишком плотные оболочки плодного пузыря. В этих случаях после длительной энергичной работы мускулатуры матки схватки становятся короткими, слабыми, а промежутки между ними — беспорядочными: то очень короткими, то слишком длинными, — наступает вторичная родовая слабость.

При целом плодном пузыре слабая родовая деятельность не представляет большой опасности; опасность наступает после отхождения вод.

Длительное течение родов при отошедших водах благоприятствует внедрению и развитию инфекции в матке.

Длительная ретракция мускулатуры матки, беспорядочная родовая деятельность нарушают плацентарное кровообращение, что в конечном счете приводит к асфиксии и смерти плода.

Слабая родовая деятельность сказывается и на течении послеродового периода — нарушается правильная отслойка плаценты, что влечет за собой кровотечения.

Плохая сократительная способность мускулатуры матки является причиной кровотечений и после отхождения последа.

Таким образом, слабая родовая деятельность после отхождения вод опасна и для матери, и для плода.

Лечение слабой родовой деятельности представляет трудную и чрезвычайно ответственную задачу для врача и акушерки.

В каждом отдельном случае необходимо по возможности выяснить причину родовой слабости; это позволит избрать правильный для данного случая метод лечения.

Первичная родовая слабость при целых водах не требует вначале каких-либо вмешательств; надо следить за опорожнением мочевого пузыря и прямой кишки; при правильном положении плода и вставившейся во вход головке роженице рекомендуется двигаться, ходить, — это усиливает схватки.

Если первичная родовая слабость вызвана чрезмерным растяжением стенок матки, что бывает при многоводии или многоплодии, рекомендуется вскрыть плодный пузырь; в результате постепенного истечения вод уменьшается растяжение мышечных волокон и они оказываются способными к более энергичным сокращениям.

Разрывать пузырь следует только при сглаженной шейке и при открытии наружного зева не менее чем на 2—3 пальца. Чтобы избежать быстрого истечения большого количества вод и нередко временной отслойки плаценты, рекомендуется рвать пузырь не в центре, а где-либо сбоку повыше: при высоком боковом разрыве воды вытекают медленно.

При рано отошедших водах, малом открытии зева и наличии родовой слабости применяется стимуляция родовой деятельности.

Стимуляция родовой деятельности

Стимуляция родовой деятельности основывается на способности ряда химических веществ, введенных в организм роженицы, нейро-гуморальным путем регулировать родовую деятельность.

Работами советских ученых (А. П. Николаев, А. И. Петченко, Л. С. Персианинов и др.) установлена важная роль ацетилхолина в родовой деятельности. Установлено, что питуитрин предохраняет ацетилхолин от разрушения, усиливая тем самым его действие на матку. В обычных условиях в организме рожавшей женщины питуитрин и ацетилхолин взаимно усиливают свое действие на сократительную деятельность матки. В свою очередь питуитрин,

и особенно ацетилхолин, являющийся средством, вызывающим сокращения матки, действует значительно сильнее, если имеется достаточное насыщение организма фолликулином.

Фолликулярный гормон способствует повышению чувствительности мускулатуры матки к последующему воздействию веществ, вызывающих ее сокращение, иными словами, схематически, питуитрин, ацетилхолин и ряд других химических веществ действуют значительно сильнее на достаточном фолликулиновом фоне. Все эти вещества в их влиянии на родовую деятельность в целостном организме находятся в сложнейшей связи и взаимодействии.

На учете этих, нам уже до некоторой степени известных фактов и основаны методы стимуляции родовой деятельности.

Методы стимуляции родовой деятельности. 1. Роженице дают две столовые ложки касторового масла; через 1 час после приема касторового масла, если ее самостоятельно не прослабит, ставят «встречную» клизму. Затем начинают так называемый первый тур, состоящий из 0,2 г солянокислого хинина внутрь, через полчаса назначают 0,2 мл питуитрина под кожу, через полчаса 0,2 мл раствора 1 : 1 000 солянокислого стрихнина (Sol. Strichnini nitrici 1 : 1 000) под кожу, а затем все это продолжают повторять в том же порядке через каждые полчаса. Обычно ограничиваются пятью-шестью турами, давая, таким образом, в общей сложности 1 мл питуитрина, 1 мл раствора 1 : 1 000 солянокислого стрихнина и 1 г солянокислого хинина.

Усиленная перистальтика кишечника, вызванная приемом касторового масла, способствует выделению в кровь большого количества ацетилхолина.

Ацетилхолин, как известно, быстро разрушается холинэстеразой; хинин, угнетая действие холинэстеразы, тем самым предохраняет ацетилхолин от быстрого разрушения.

Действие указанного метода стимуляции оказывается более эффективным, если перед началом его проведения роженице ввести подкожно 40 000—50 000 единиц фолликулина или 50 000 единиц синэстрола, т. е. если создается фолликулиновый фон.

Комбинированный метод стимуляции родовой деятельности разработан советскими акушерами (А. П. Николаев, Л. С. Персианинов и др.); он оказывает благоприятное действие и на течение последового периода.

2. Хороший стимулирующий эффект при первичной родовой слабости получен путем применения отечественного препарата прозерина (М. Я. Михельсон, А. В. Савшинская).

Прозерин относится к числу химических веществ, предохраняющих ацетилхолин от быстрого разрушения и тем способствующих более длительному и сильному действию его.

Применяется прозерин per os по 0,015 г (15 мг) в сочетании с атропином по 0,0003 г (три децимиллиграмма) через 1 час до 6 раз.

Хорошее действие оказывает при этом питье сладкого чая или подкожное введение 200—300 мл 10% глюкозы. Еще быстрее действует внутривенное введение 50 мл 40% раствора глюкозы,

10 мл 10% раствора хлористого кальция и аскорбиновой кислоты в количестве 200 мг.

3. В. Н. Хмелевский рекомендует для стимуляции родовой деятельности в периоде раскрытия применять комбинацию лекарственных веществ per os в следующей прописи:

Rp. Glucosi 50,0

Calcii chlorati 2,0

Acidi muriatici diluti gtt. VIII

MDS. Смешать в стакане горячей воды и дать выпить роженице на 1 прием. Если нужно, через 4 часа дать еще раз

или

Rp. Glucosi 50,0 (мед или сахар)

Calcii chlorati 2,0

Acidi ascorbinici 0,5

Vitameni B₁ 0,03

Acidi muriatici diluti gtt. VIII

MDS. Растворить в 150,0—200,0 горячей воды; на 1 прием внутрь. Можно повторить 2 раза через каждые 3 часа

Глюкоза предупреждает быструю утомляемость организма и повышает работоспособность мышц матки, а кальций тонизирует мышцу матки и повышает чувствительность ее к действию ацетилхолина и питуитрина (В. Н. Хмелевский). Витамин B₁ усиливает сократительную способность матки.

При вторичной родовой слабости, наступающей, как указывалось выше, в результате истощения родовых сил, если до конца родов осталось еще много времени, рекомендуется предоставить роженице отдых; введением подкожно 1 мл 1% раствора морфина удастся иногда даже добиться кратковременного сна, после которого у роженицы возобновляется хорошая родовая деятельность.

При наступлении вторичной родовой слабости в периоде изгнания, когда головка стоит на тазовом дне, когда нескольких хороших схваток достаточно для окончания родов, нет смысла прибегать к отдыху, к выключению родовой деятельности. Если нет препятствий для рождения плода (полное открытие зева, головка на тазовом дне, размеры выхода таза нормальные), рекомендуется использовать остаток мышечной энергии матки и заставить ее сокращаться. Для усиления родовой деятельности в подобных случаях применяют питуитрин, который впрыскивают подкожно в количестве 1 мл.

Прежде чем применять питуитрин, необходимо иметь наготове все для быстрого окончания родов — для операции перинеотомии и для наложения выходных щипцов, так как иногда после питуитрина наступает судорожная родовая деятельность и связанная с этим внутриутробная асфиксия плода. Питуитрин нельзя применять при неполном открытии наружного зева, при стоящей высоко в тазу головке, при сильном растяжении нижнего сегмента матки.

При сильном растяжении нижнего сегмента матки питuitрин может привести к разрыву матки.

Питуитрин нельзя применять при сочетании родовой слабости с высоким артериальным давлением, так как после введения питуитрина артериальное давление еще больше повышается.

Если продвижение предлежащей части плода встречает значительное сопротивление со стороны плохо растягивающейся (ригидной) промежности, для ускорения родов рекомендуется сделать перинетомию или эпизиотомию (стр. 498).

Длительное течение родов угрожает плоду внутриутробной асфиксией; поэтому одновременно необходимы профилактические мероприятия и в этом направлении (стр. 224).

Судорожные схватки встречаются иногда у женщин, страдающих неврастенией. Иногда они являются результатом грубых раздражений, массажа матки, грубого влагалищного исследования или ненужного назначения во время родов препаратов спорыньи.

Судорожные схватки могут наступить в результате перерастяжения нижнего сегмента и связанного с этим перераздражения интерорецепторов матки. При этом сокращения матки чрезвычайно болезненны, схватки очень часто следуют одна за другой, почти без пауз; матка находится в состоянии длительного судорожного сокращения. Судорожные схватки могут вести к наступлению вторичной родовой слабости. Действие судорожных схваток неэффективно, роды не продвигаются; ребенку угрожает асфиксия вследствие нарушения плацентарного кровообращения.

Судорожные сокращения матки в последовом периоде нередко ведут к ущемлению плаценты.

При судорожных сокращениях матки применяют морфин (1 мл 1% солянокислого морфина) под кожу или атропин (1 мл 0,1% сернокислого атропина) под кожу, а в некоторых случаях, особенно в последовом периоде, прибегают к ингаляционному наркозу (эфир).

Слабость брюшного пресса. Обычно слабые сокращения мускулатуры матки сопровождаются и слабостью брюшного пресса. Хорошие схватки обычно сочетаются с хорошей потужной деятельностью. Поэтому усиление схваток в родах по существу усиливает и работу брюшного пресса.

Но иногда, несмотря на хорошие схватки, брюшной пресс оказывается недостаточным; так бывает при растянутых или разошедшихся прямых мышцах живота, при дряблой брюшной стенке, при отвислом животе.

Активные маточные сокращения могут и при очень слабых потугах довести роды до конца; правда, в этих случаях изгнание длится дольше, чем с помощью потуг. Хорошие потуги значительно увеличивают эффективность схваток.

Недостающую работу брюшного пресса можно заменить применением специального бинта Вербова (рис. 129) или заменить бинт широким полотенцем (рис. 130).

Бинт или полотенце затягивают во время схватки и ослабляют вне схватки.

Затягивать бинт может и сама роженица.

ПРЕПЯТСТВИЯ СО СТОРОНЫ ШЕЙКИ

Нормальное течение родов может быть нарушено имеющимися в родовом канале препятствиями; чаще это относится к тазу; однако встречаются изменения и в мягких частях родового канала — в шейке, влагалище и наружных половых органах, которые могут препятствовать продвижению плода и нарушать нормальное течение родов.

Ригидность (неподатливость) шейки — так называют патологическое состояние шейки и преимущественно наружного зева, препятствующее при родах растяжению и раскрытию его.

Ригидность шейки у первородящих может зависеть от ее анатомических изменений; в таких случаях обычно после того, как шейечный канал сгладится, а открытие зева достигнет 1—2 пальцев, начинает изменяться характер родовой деятельности — схватки становятся частыми, болезненными, продвижение предлежащей части задерживается.

Влагалищным исследованием при открытии наружного зева на два пальца по всему краю зева обнаруживается тонкий валик, вызывающий ощущение как бы натянутой проволоки.

Задержка в раскрытии наружного зева ведет к образованию мешкообразного выпячивания переднего отдела нижнего сегмента матки со смещением наружного зева кзади.

В таких случаях помогает введение свечи в прямую кишку (белладонны 0,03 г, антипирина 0,3 г и пантопона 0,015 г) с последующим бережным пальцевым растягиванием краев наружного зева (стр. 492) и осторожным оттягиванием его к центру таза; после этого происходит дальнейшее раскрытие зева.

Ригидность зева может зависеть от его отека. Если головка длительно прижимает нижний сегмент к стенкам таза, как это имеет место при несоответствии в размерах головки плода и таза, нарушается кровообращение, затрудняется отток крови и шейка отекает. Обычно отечность наружного зева появляется к концу периода раскрытия, причем преимущественно по краю передней губы. Отечность наружного зева шейки матки может быть и воспалительного характера; при этом отмечается быстро распространяющаяся отечность тканей шейки, сухость влагалища, болезненность при исследовании и сопутствующее воспалению повышение температуры.

Ригидность шейки может быть связана с наличием в ней рубцов на месте бывших разрывов при предыдущих родах, после оперативных вмешательств. К изменениям в наружном зеве могут вести перенесенные воспаления влагалища и шейки матки с по-

следующим сращением краев зева — *conglutinatio orificii externi*. Ригидность шейки — тяжелое осложнение при родах; при этом могут иметь место большие разрывы шейки с последующим кровотечением, разрывы нижнего сегмента матки и отрыв шейки матки.

Акушерская помощь при ригидности наружного зева шейки матки в одних случаях может ограничиться терпеливым выжида-нием или бережным пальцевым расширением; в других случаях это оказывается недостаточным и приходится прибегать к произ-водству насечек по краю наружного зева, иногда же и к большим операциям, что решает и делает врач.

Следует отличать задержку в раскрытии наружного зева, связанную с описанной выше ригидностью, «жесткостью» тканей, от таковой при спазме шейки матки. Спазм шейки матки связан с нарушением ее иннервации; при этом отмечаются интенсивные, болезненные схватки, а зев не раскрывается. Обычно при спазме шейки матки к насечкам не приходится прибегать: спазм исче-зает под влиянием введенных подкожно атропина с пантопоном (*Sol. Atropini sulfurici 1 : 1 000 — 1 мл и Sol. Pantoponi 2% — 1 мл*).

ПРЕПЯТСТВИЯ СО СТОРОНЫ ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ

Препятствия со стороны влагалища могут встретиться в виде врожденной перегородки, рубцовых изменений, суживающих вла-галище.

В каждом таком случае диагноз можно установить еще во время беременности; таких женщин надо для родов заблаговре-менно направлять в родильный дом.

При небольших рубцовых изменениях во влагалище возможны самостоятельные роды; обычно надо быть готовым к тому, что могут надорваться здоровые ткани; это может вызвать значитель-ное кровотечение.

При больших рубцах во влагалище бережнее провести родо-разрешение путем кесарева сечения.

Иногда препятствие при врезывании головки оказывает уце-левший плотный *hymen*. Такой *hymen* разрывается при прорезы-вании головки, но иногда он может порваться в таком участке, где много сосудов, что может сопровождаться излишней крово-потерей; поэтому в подобных случаях лучше разрезать ножница-ми *hymen* посередине.

Ригидная промежность. Установившаяся в половой щели головка может встретить препятствие со стороны плохо растягивающейся промежности; если последняя не растягивается и не разрывается, — головка своим давлением значительно выни-рает промежность, раскрывается заднепроходное отверстие, выво-рачивается наружу слизистая оболочка прямой кишки и дальше может произойти так называемый центральный разрыв промеж-ности.

Во избежание большого разрыва промежности в подобных случаях последнюю разрезают, производят перинеотомию (стр. 498). Расслабление мышц тазового дна может быть достигнуто применением пудендальной анестезии (0,5% раствором новокаина).

Намечающийся центральный разрыв промежности характеризуется сначала резким побледнением отдельного участка промежности и появлением небольшой трещины на коже промежности где-либо между задней спайкой и наружным отверстием заднего прохода, затем трещина переходит в разрыв — получается сквозное отверстие, через которое может родиться ребенок.

Во избежание значительного разможнения тканей и в целях предупреждения родовой травмы у плода при намечающемся центральном разрыве необходимо разрезать промежность от задней спайки влагалища до наметившегося участка разрыва (срединный разрез), чем предупреждается образование центрального разрыва промежности.

Глава XXI

АНОМАЛИИ ТАЗА

Таз может быть различным в отношении как формы, так емкости и степени сужения. В одних случаях неправильный таз незначительно отличается от так называемого нормального таза, составляя как бы мало заметную переходную ступень от правильного таза к неправильному; в других случаях, наоборот, отклонения могут быть настолько резки, что нередко, даже, не прибегая к подробному акушерскому исследованию таза, можно простым осмотром или ощупыванием установить его неправильность.

Под неправильным тазом в акушерстве понимают такой, который по своим размерам и форме выходит из установленных средних норм (стр. 144) и при доношенном плоде может нарушать нормальное течение родов. К неправильным могут быть отнесены как тазы, превышающие по размерам нормальный таз, — **широкий таз**, так и тазы, размеры которых меньше установленных средних норм, — **узкий таз**.

ШИРОКИЙ ТАЗ

Широкий таз встречается, вообще говоря, очень редко, но относительно широкий таз, т. е. такой, размеры которого значительно превосходят размеры вступающей головки плода, встречается чаще, а именно при маленьком плоде, при преждевременных родах.

Как показывает название, широкий таз представляет как будто явление благоприятное: и действительно, в большинстве случаев роды при таком тазе протекают благополучно. Но следует, однако, помнить, что и широкий таз, особенно если он неравномерно широк, т. е. в одних отделах широк, а в других нет, иногда является причиной неправильного течения родов.

Объясняется это тем, что подлежащая головка плода, не встречая сопротивления при вступлении в таз, может проходить в полость таза в любом предлежании: нередко головка до самого дна таза идет своим наибольшим размером. В узкой же части полости таза, где вместимость меньше, головка при таком предлежании может надолго задержаться.

УЗКИЙ ТАЗ

Затяжной характер родов в большинстве случаев зависит от несоответствия величины головки размерам таза, т. е. размеры головки превышают размеры таза; таково понятие «клинически узкий таз». Являясь более или менее значительным препятствием для продвигаемой головки, узкий таз предъявляет и большие требования к родовой деятельности, к сократительной способности матки. Чтобы преодолеть имеющееся препятствие, необходима значительно большая сила маточных сокращений. Продолжительная, энергичная работа мышц матки ведет нередко к утомлению ее мускулатуры, которая начинает либо неправильно сокращаться, либо схватки значительно ослабляются, что приводит к так называемой вторичной родовой слабости (стр. 355).

Роды при узком тазе представляют значительные трудности и для плода; продвижение через суженное кольцо входа в таз обуславливает большую конфигурацию головки; часто при этом образуется кефалогематома, могут происходить внутричерепные кровоизлияния, чаще наступает внутриутробная асфиксия и даже смерть плода.

Установить более или менее точно несоответствие между размерами головки и таза при небольших степенях сужения можно только в родах, когда ведется наблюдение за характером и течением родов, в частности, за поступательными движениями головки. Но выявить неправильный таз, то, что называют «анатомически узкий таз», судя по размерам которого можно было бы предполагать возможные осложнения при родах, можно и необходимо заранее, уже во время беременности.

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕПРАВИЛЬНЫХ ТАЗОВ

Из огромного числа различных форм неправильных тазов чаще встречаются:

1. **Общеравномерно суженный таз** — это такой таз, все размеры которого одинаково укорочены, обычно на 1—2 см. Такой таз встречается у невысоких женщин или является результатом остановки роста и развития скелета. Емкости полости в таком тазу большей частью оказываются достаточной, роды протекают благополучно. Примерные размеры общеравномерно суженного таза представлены в таблице (стр. 364).

2. **Простой плоский таз** (рис. 223) — это такой таз, все прямые размеры которого укорочены в результате приближения крестца к передней стенке таза, а все остальные размеры такие же, как и в нормальном тазу (см. таблицу, стр. 364).

3. Общесуженный плоский таз представляет собой как бы сочетание общесуженного и плоского таза. В этом тазу уменьшены все размеры, но прямые размеры укорочены больше, чем все остальные (см. таблицу).

4. Плоскоррахитический таз (рис. 224) образуется в результате перенесенного в детстве рахита; крестец вдается кпереди только своей верхней частью — мысом. В этом тазу в отличие от простого плоского таза уменьшен прямой размер входа, мыс легко достигается; крестец представляется прямым, а



Рис. 223. Простой плоский таз.

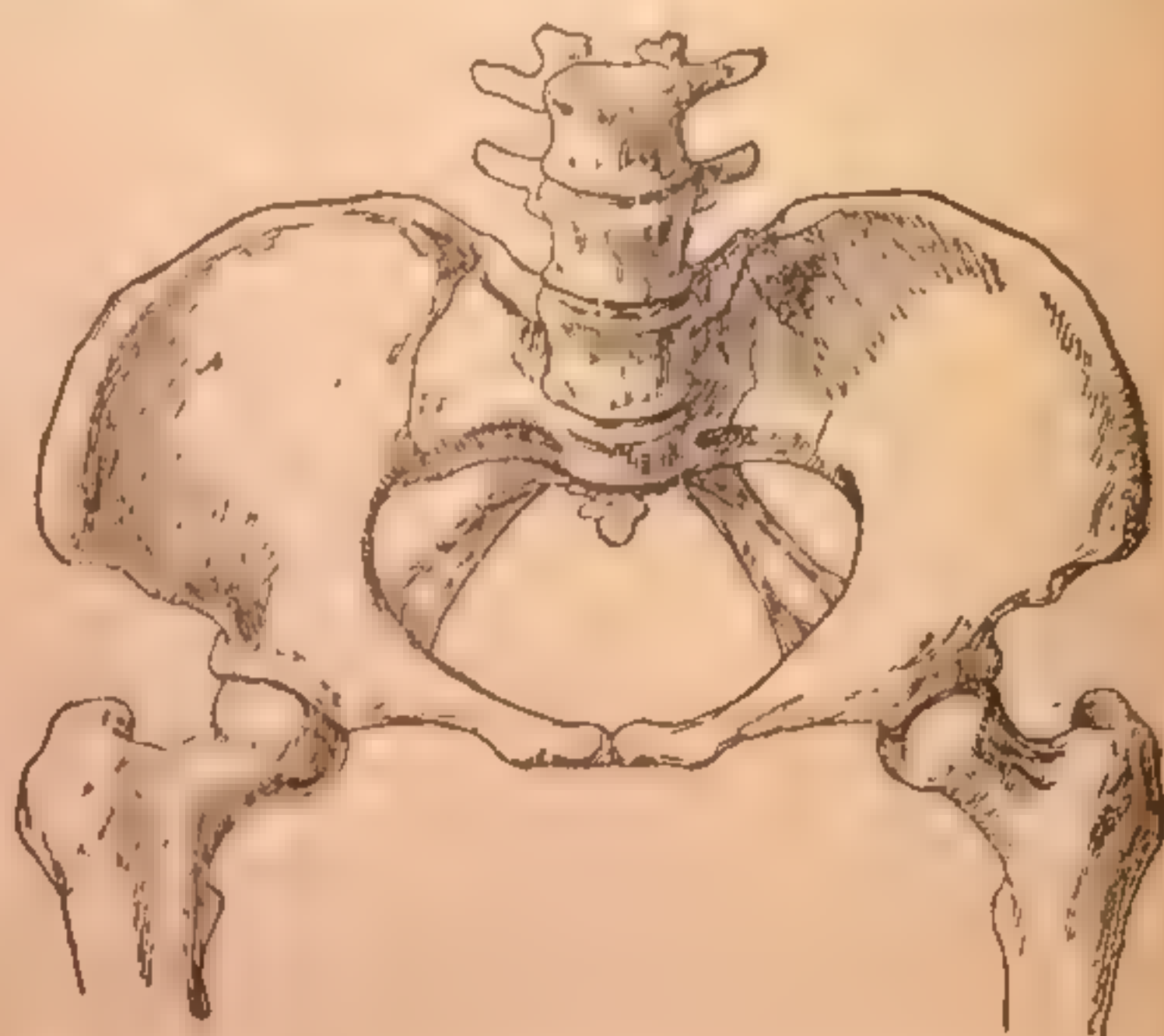


Рис. 224. Плоскоррахитический таз.

не изогнутым, и весь он несколько опущен между подвздошными костями. Копчик вместе с нижним отделом крестца несколько отходит кзади, увеличивая тем самым прямой размер выхода.

Крылья подвздошных костей больше развернуты, передние ости подвздошных костей дальше отстоят друг от друга и рас-

Таблица сравнительных размеров (в сантиметрах) различных форм неправильных тазов

Форма таза	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis	Conjugata vera
Нормальный таз	25—26	28—29	30—31	20—21	12,5—13	11
Общеравномерносуженный таз	24	26	28	18	11	9
Плоский таз	26	29	31	18	11	9
Общесуженный плоский таз	25	26	28	16	9	7
Плоскоррахитический таз	26	26	31	17	10	8

стояние между ними в таком тазу, в противоположность так называемому нормальному тазу, больше расстояния между наружными гребешками подвздошных костей: *distantia spinarum* больше или равна *distantiae cristarum*. Седалищные ости дальше отстоят друг от друга; весь таз низок.

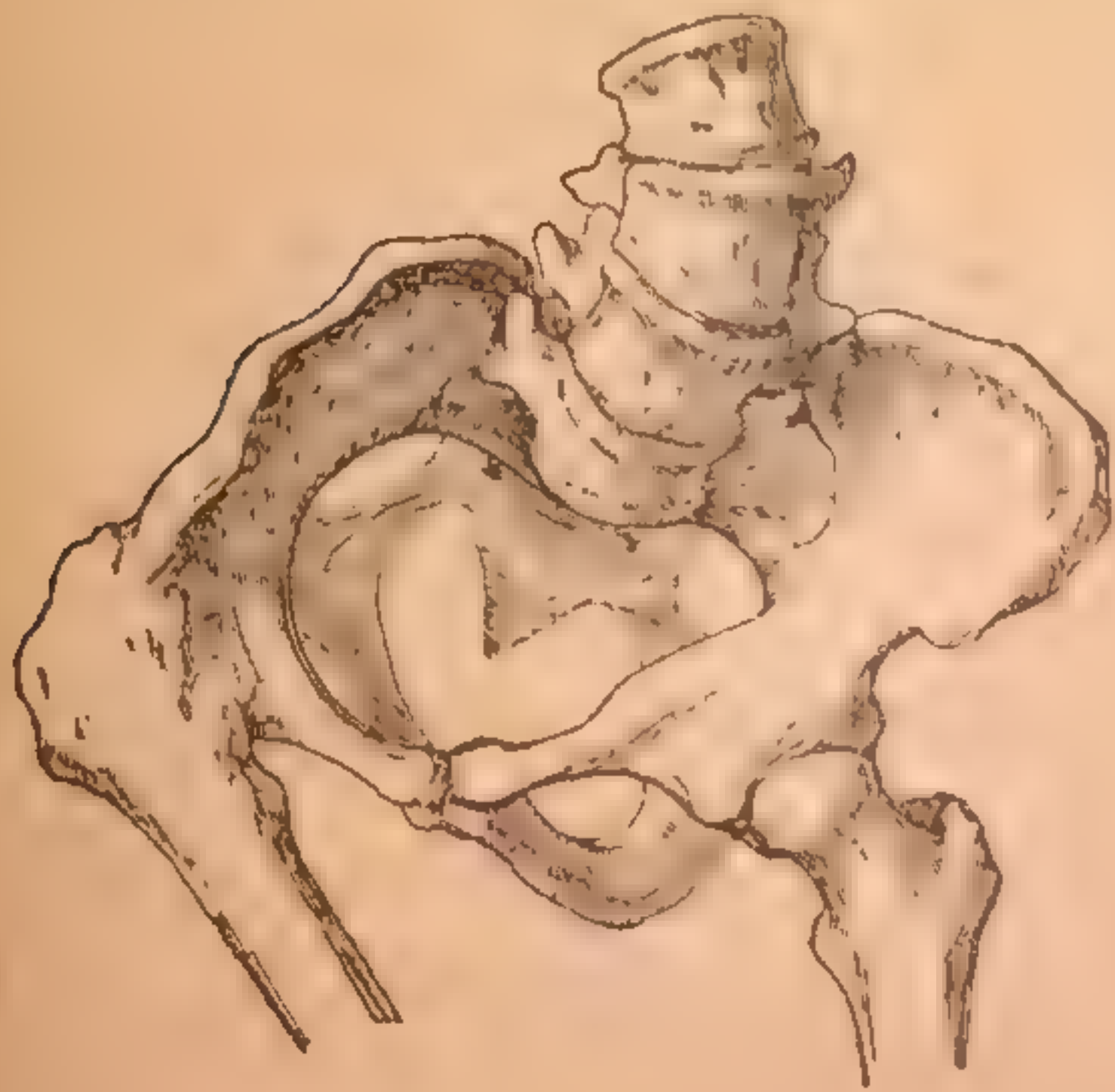


Рис. 225. Коксалгический таз.



Рис. 226. Спондилолистетический таз.



Рис. 227. Поперечносуженный воронкообразный таз.



Рис. 228. Анкилотический поперечносуженный таз.

Редко встречающиеся формы неправильного таза. Коксалгический таз (рис. 225) образуется в результате заболевания тазобедренного сустава (coxitis). Вся тяжесть туловища опирается на здоровый сустав; это приводит к вдавливанию половины таза, соответствующей здоровому суставу, вследствие чего образуется косо смещенный таз.

Спондилолистетический таз (рис. 226) образуется вследствие соскальзывания V поясничного позвонка с I крестцового; V поясничный позвонок как бы нависает карнизом над крестцом. При влагалищном исследовании прощупывается нижний край соскользнувшего позвонка и вдавление под ним — угол между V поясничным и I крестцовым позвонком. В некоторых случаях вдающийся V поясничный позвонок образует вместе с другими поясничными позвонками наклонную плоскость и напоминает собой клюв. В таком тазу прямой размер входа может оказаться значительно уменьшенным, в то время как все остальные размеры полости таза нормальны. При родах вдающийся в просвет входа в таз V поясничный позвонок задерживает упирающуюся в него часть головки, что ведет к неправильному ее вставлению — к асинклитизму (стр. 371).

Остеомалатический, спавшийся, таз может встретиться как исключительная редкость.

При остеомалации может иметь место резко измененная форма всего скелета, в том числе и таза. При таком тазе родоразрешение возможно только путем кесарева сечения.

Также исключительно редко встречаются и формы неправильного таза, представленные на рис. 227 и 228.

СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА

Степени сужения таза определяются размером истинной конъюгаты, которая вычисляется по длине диагональной конъюгаты (стр. 150).

Ориентировочно различают четыре степени сужения.

Первая степень сужения — тазы, у которых длина истинной конъюгаты колеблется в пределах 11—9 см.

Вторая степень сужения — тазы, у которых длина истинной конъюгаты колеблется в пределах 9—7 см; при таких тазах еще возможно самостоятельное родоразрешение доношенным плодом. Однако, чтобы непременно получить живого ребенка, иногда приходится при таком сужении прибегать к кесареву сечению.

Третья степень сужения — тазы, у которых истинная конъюгата в пределах 7—6 см; при таких размерах таза родоразрешение живым доношенным плодом возможно только путем кесарева сечения. В противном случае необходима плодоразрушающая операция (уменьшение объема головки и плечевого пояса).

Четвертая степень сужения — тазы, у которых истинная конъюгата меньше 6 см. При таком сужении доношенный плод, даже уменьшенный, не может быть извлечен через родовый канал; это абсолютно узкий таз. При этой степени сужения родоразрешение возможно только путем кесарева сечения.

Различают понятия «анатомически узкий таз» и «клинически узкий таз».

Анатомически узкий таз определяется обычными измерениями его (стр. 144).

Клинически узкий таз определяется соотношением размеров головки плода и размеров таза в процессе родового акта.

Не всегда анатомически узкий таз является одновременно и клинически узким. Это относится только к большим степеням сужения (третья и четвертая степень).

При незначительных степенях сужения таза и маленьком плоде роды протекают нормально; в этих случаях анатомически узкий таз оказывается клинически не узким, но при крупном плоде тот же самый таз окажется клинически узким.

Таким образом, как указывалось выше, установить наличие клинически узкого таза при небольших степенях анатомического сужения его можно в процессе наблюдения за характером течения родов, за продвижением головки плода.

Все же необходимо заблаговременно, еще в первые недели беременности, установить анатомически узкий таз, измеряя диагональную конъюгату и выявляя строение и состояние стенок полости таза. Своевременное определение размеров и формы таза позволяет выявить такое сужение, при котором можно уже заранее утверждать, что роды живым плодом самостоятельно не могут произойти. Это узкий таз третьей и четвертой степени сужения. Понятие анатомически узкий таз совпадает здесь с понятием клинически узкий таз. В таких случаях уже заранее известно, что родоразрешение живым доношенным плодом возможно только путем кесарева сечения.

При меньших степенях сужения (первая и вторая степень), не зная точно, каков будет при этом исход родов, мы все же имеем основания предполагать, что такой таз может оказаться и клинически узким со всеми вытекающими отсюда последствиями. Беременных с таким тазом акушерка заранее направляет в родильный дом или родильное отделение больницы, чем и предупреждает возможные весьма тяжелые осложнения для матери и ребенка.

Своевременное выявление анатомически узкого таза, определение его формы позволяют установить типичный для данного таза механизм продвижения головки, что дает возможность правильно оценить характер течения родов.

РАСПОЗНАВАНИЕ НЕПРАВИЛЬНОГО ТАЗА

Наличие у женщины неправильного таза, помимо данных наружного измерения его, нередко определяется уже по внешнему виду и особенно по форме поясничного ромба. В нормальном тазу, как указывалось, он имеет правильную форму ромба; в плоском тазу верхняя половина ромба меньше, чем нижняя; в обшеравномерносуженном тазу ромб вытянут по длине, сверху и снизу углы более острые, а с боков — тупые; в тазах кососуженных ромб имеет неправильную форму, он асимметричен (рис. 229).

При осмотре беременной женщины необходимо обращать внимание на весь скелет — на строение грудной клетки, на длину туловища и конечностей, на ширину ладони, на толщину области лучезапястного сочленения. Обычно у женщин с узким тазом отмечаются отклонения и в строении других частей скелета. Так, например, искривление ног позволяет думать о наличии плоскорахитического таза; сколиоз или перенесенные заболевания тазобедренного сустава ведут обычно к образованию косоусуженного таза.



Рис. 229. Форма поясничного ромба при различных неправильностях таза.
1 — нормальный таз; 2 — плоский таз; 3 — общеравномерносуженный таз; 4 — косоусуженный таз.

Некоторые данные анамнеза, как, например, рахит в детстве, позднее начало хождения, позднее появление менструаций, указывают на возможное недоразвитие половой сферы, а наряду с этим и на возможность деформации таза.

У женщин повторнородящих с неправильным тазом необходимо выяснить, как протекали предыдущие роды, какой был вес плода, родился живой или мертвый плод, какие оперативные пособия были применены.

Если, например, предыдущие роды имели длительный, затяжной характер и закончились оперативным пособием, то мы вправе ожидать при доношенной следующей беременности повторения подобного же характера течения родов, а может быть, и более тяжелого, так как при второй беременности плод обычно бывает несколько большего веса, чем при первой.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Течение беременности при узком тазе до последних месяцев ее немногим отличается от течения при нормальном тазе. Некоторые отклонения от нормального течения появляются в последние 1—2 месяца. Большое несоответствие в размерах входа таза и головки плода препятствует последней низко опуститься. Головка остается подвижной над входом. Встречающаяся иногда

при сужении таза укороченная брюшная полость при высоком стоянии головки способствует отклонению беременной матки кпереди, вследствие чего образуется отвислый живот (рис. 230), особенно у повторнородящих. Высокое стояние предлежащей части плода благоприятствует созданию неправильных положений (косо-го и поперечного); при родах отмечаются неправильные вставления головки (лобное, лицевое, асинклитическое).

Если беременность протекает нормально, режим беременной с узким тазом в общем не отличается от обычного режима.

Обязательное ношение бандажа с шестого-седьмого месяца беременности предупреждает значительное отклонение матки кпереди и предохраняет брюшную стенку от чрезмерного растяжения. Женщины с узким тазом, как уже указывалось, должны рожать только в родильном доме, куда их следует помещать заблаговременно.

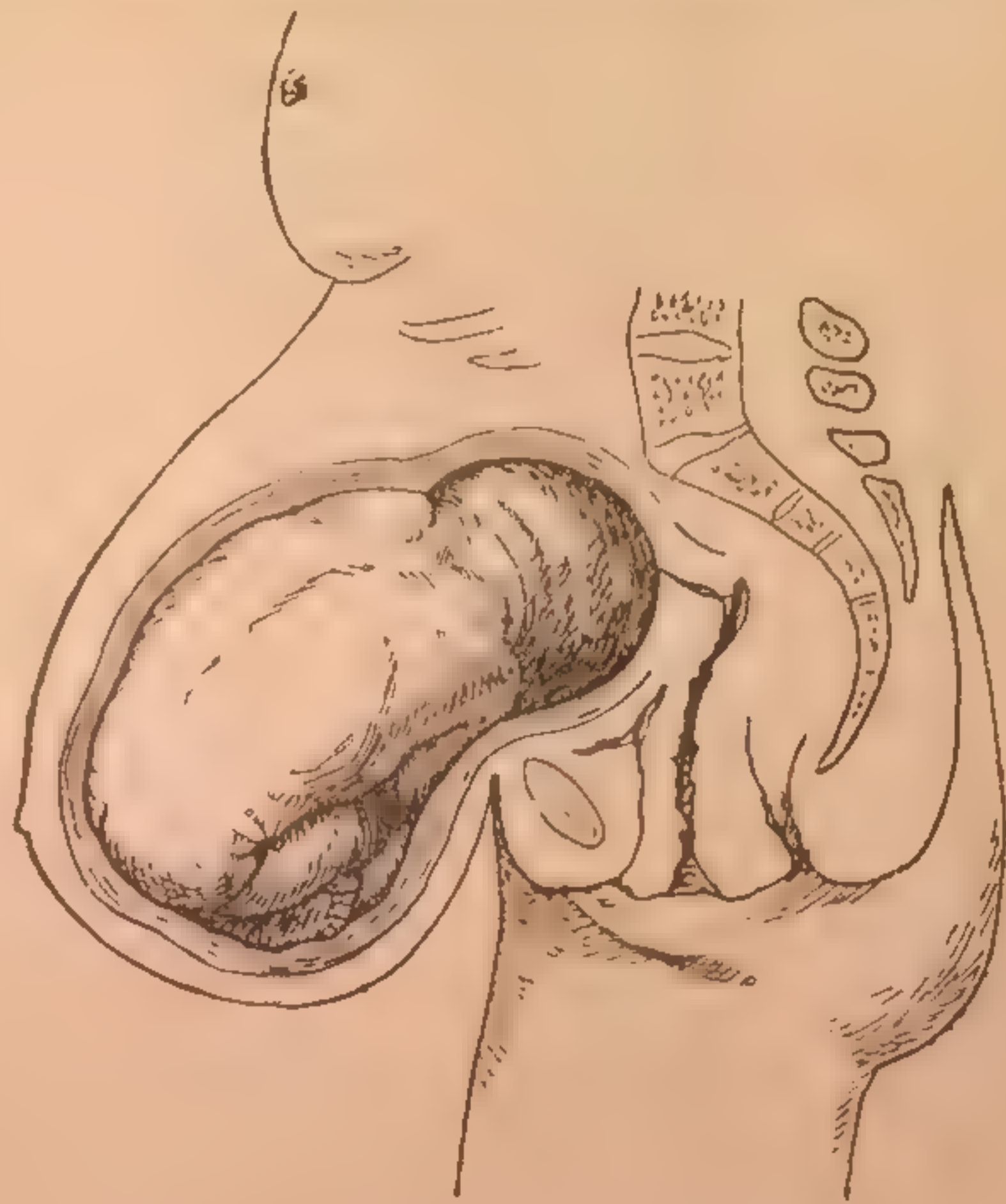


Рис. 230. Отвислый живот.

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Совокупность движений, какие прodelывает головка при вступлении во вход таза и прохождении через таз, в известной степени обусловлена, как мы знаем, соотношением формы и размеров таза и головки.

Само собой понятно, что при уменьшенных размерах таза, при неправильной его форме продвижение головки значительно затрудняется. В этих случаях необходима значительно большая сила схваток и большая конфигурация головки.

Если несоответствие в размерах головки и таза не очень велико, то продвижение головки оказывается возможным; однако продолжительность и самый механизм продвижения несколько отличаются от обычных.

Различные формы и степени сужения таза обуславливают и своеобразные особенности механизма продвижения плода по родовым путям.

Чтобы правильно оценить характер течения родов и правильно вести роды, необходимо ознакомиться с этими особенностями механизма, характерными для основных форм неправильного таза.

Механизм родов при общеравномерно суженном тазе при небольшом плоде заметно не отличается от механизма родов при нормальном тазе.

При плоде среднего веса или несколько более крупном роды бывают длительными, но все же в громадном большинстве заканчиваются самостоятельно. Равномерное сужение таза оказы-



Рис. 231. Конфигурация головки при общеравномерно суженном тазе.

вает вступающей во вход головке большее, чем обычно, сопротивление. Большое сопротивление, которое встречает в тазу головка, обуславливает сильное ее сгибание. При головке, стоящей во входе таза, влагалищным исследованием определяется низко стоящий малый родничок. Так, в течение всего остального пути прохождения головки малый родничок является ее проводным пунктом. Установившись стреловидным швом в поперечном или в слегка

косом размере входа таза, головка в сильном сгибании проходит вход в таз своим наименьшим размером—окружностью, соответствующей подзатылочно-большеродничковому (малому косому) размеру, и сохраняет такое сгибание и в полости таза.

Вследствие длительного продвижения при равномерном сужении таза головка приобретает характерную форму. Образуется очень большая родовая опухоль, значительно выражена конфигурация головки; головка вытянута в направлении большого косого размера и напоминает сахарную голову (рис. 231).

Механизм родов при плоском тазе. Головка вступает стреловидным швом в поперечном или иногда в косом размере входа. Вследствие укорочения прямого размера входа головка задерживается и стоит во входе таза до тех пор, пока она действием силы схваток не конфигурируется соответственно форме и размерам входа.

Затылочная часть головки как более широкая задерживается, почему большой родничок оказывается на одном уровне или даже ниже малого, головка вступает во вход в слегка разогнутом положении.

Но и в этом положении головка все же не всегда в состоянии пройти через костное кольцо входа до тех пор, пока, благодаря усиленной конфигурации головки, не уменьшится ее большой поперечный размер. Задняя теменная кость задерживается на выступающем мысе, в то время как передняя теменная кость опускается глубже, головка как бы склоняется к заднему плечу—создается асинклитическое вставление головки.

Вставление головки, при котором стреловидный шов отклонен кзади ближе к мысу, а в просвет тазового входа больше

вступает передняя теменная кость, носит название передне-теменного вставления, или переднего асинклитизма (рис. 232 и 233).

Если во вход таза вступает задняя теменная кость, а передняя задерживается лонными костями, стреловидный шов прибли-



Рис. 232. Передне-теменное вставление.

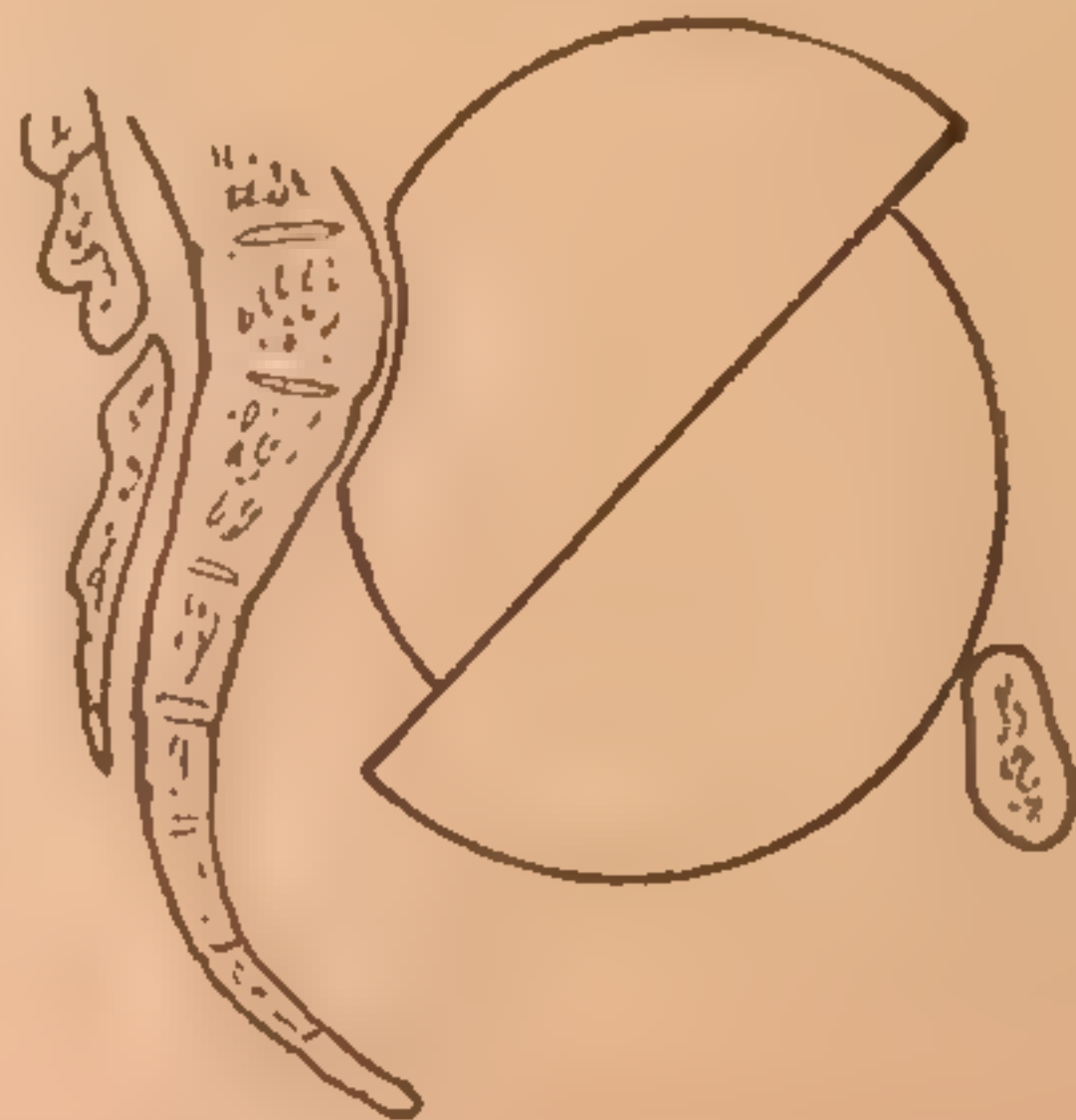


Рис. 233. Передне-теменное вставление (схема).



Рис. 234. Задне-теменное вставление.

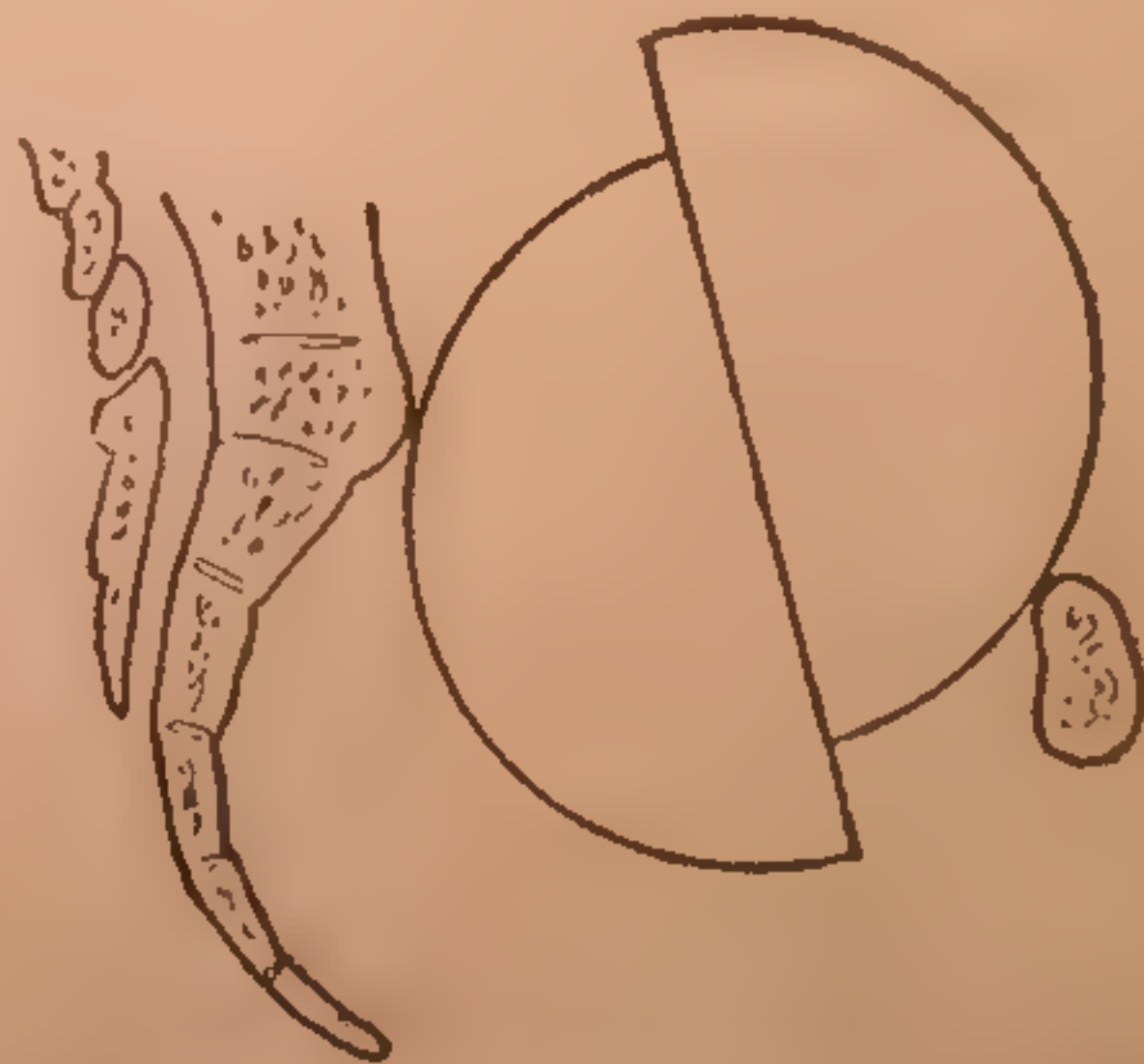


Рис. 235. Задне-теменное вставление (схема).

жается к лону — заднее плечико упирается в мыс; создается задне-теменное вставление, задний асинклитизм (рис. 234 и 235).

Таким образом, в механизме вставления головки при плоском тазе отмечается легкая степень разгибания, асинклитизм (чаще передний) и долгое стояние головки во входе.

При головке, стоящей во входе таза, влагалищным исследованием определяется стреловидный шов в поперечном размере

входа ближе к мысу (при заднем асинклитизме — ближе к лону), большой родничок почти в самом центре таза, малый родничок прощупывается выше большого слева или справа, смотря по позиции.

При исследовании отмечается значительное захождение одной теменной кости под другую. Это свидетельствует о большом сдавлении черепа в направлении его поперечных размеров.

При переднем асинклитизме край передней теменной кости покрывает заднюю; при заднем, наоборот, край задней теменной кости покрывает переднюю теменную кость.



Рис. 236. Ложкообразное вдавление черепа.

Проходит нередко много часов интенсивной родовой деятельности, пока головка при описанном механизме опускается в полость таза. Самый трудный путь пройден. В полости таза положение головки изменяется — стреловидный шов отклоняется к своему обычному срединному положению, быстро исчезает асинклитизм, головка иногда сгибается, малый родничок опускается, и роды в дальнейшем протекают, как при затылочном предлежании.

Однако на родившейся головке плода отмечается большая родовая опухоль на предлежавшей теменной кости и нередко вдавление на другой теменной кости, соответствующее месту прижатия ее к выступающему мысу (рис. 236).

Описанный механизм родов характерен для плоскорихитического таза, при котором наибольшие трудности для продвижения головки встречаются только во входе таза; в остальных отделах таза прямые размеры не только не уменьшены, но они больше, чем в нормальном тазу, полость и выход таза оказываются достаточно вместительными.

Несколько иначе протекает механизм родов при простом плоском тазе, в котором уменьшены прямые размеры всех отделов таза; головка при ее продвижении встречает значительные трудности во всех отделах — во входе, в полости и выходе таза, что, понятно, значительно затягивает родовой акт. При этом задерживается и вращение головки в полости, поэтому нередко встречается так называемое низкое поперечное стояние головки — стреловидный шов продолжает и в полости таза оставаться в поперечном размере (рис. 244).

Если плоский таз одновременно сужен и в других размерах, т. е. если имеется общесуженный плоский таз, то возникают двойные трудности, и роды протекают еще тяжелее, представляя большую опасность для плода и для матери.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Роды при узком тазе протекают иногда без значительных отклонений от обычного течения родов; это относится к тем случаям, когда сужение очень незначительно или плод невелик.

Роды при полном соответствии размеров головки плода и размеров таза, независимо от того, что таз оказывается анатомически узким, протекают большей частью нормально.

При узком тазе — с истинной конъюгатой в 7 см и меньше, при тазе, резко деформированном, с большими костными опухолями роды доношенным плодом обычным путем невозможны. Достаточно обнаружить такой таз, и уже заранее можно утверждать, что единственно возможным способом родоразрешения при доношенной беременности в этих случаях является кесарево сечение.

Таким образом, при отсутствии несоответствия в размерах головки и таза роды и при анатомически узком тазе могут протекать, как обычно; при абсолютном сужении таза роды невозможны.

Все остальные степени и формы сужения таза в одних случаях допускают самостоятельное родоразрешение, в других — требуют оперативного вмешательства. Но, допуская самостоятельное родоразрешение, узкий таз предъявляет при родах к работе матки, ко всему организму женщины и внутриутробного плода повышенные требования. С этими повышенными требованиями женщины в большинстве случаев справляются, правда, ценой затраты колоссальной энергии, нередко расходуя ее до крайних пределов. В некоторых же случаях этой энергии оказывается недостаточно и нужна бывает акушерская помощь.

Отсутствие своевременного вставления головки в таз, что имеет место при узком тазе, неблагоприятно влияет на течение и характер раскрытия шейки матки. Обычно установившаяся во входе в таз головка отделяет нижний полюс плодного пузыря от остальной части — разделяет воды на передние и задние. При узком тазе этого разделения нет, и с первыми же сокращениями матки при повысившемся внутриматочном давлении в нижний отрезок плодного пузыря устремляется большое количество вод, в результате чего происходит раннее отхождение вод (рис. 237 и 238).

В дальнейшем, при отсутствии плодного пузыря и продолжающейся высоко стоять головке, раскрытие шейки носит затяжной характер. В результате длительного течения родов нередко наступает вторичная родовая слабость.

Неправильное вставление головки, долгое стояние ее во входе оказывают длительное давление на окружающие ткани и органы, а в некоторых случаях имеет место даже ущемление их между головкой и стенками таза. Длительное прижатие нарушает нормальное кровообращение и питание тканей; края шейки матки отекают.

Прижатие стенки мочевого пузыря препятствует самостоятельному мочеиспусканию; при длительном прижатии в стенке мочевого пузыря появляются иногда точечные кровоизлияния, при этом в моче обнаруживается

к р о в ь (эритроциты) — грозный признак, требующий немедленного бережного родоразрешения.

Если прижатие продолжается, стенке пузыря грозит омертвение, в результате чего образуется п у з ы р н о - в л а г а л и щ н ы й свищ; то же может быть с прямой кишкой — образуется кишечно-влагалищный свищ. Эти тяжелые осложнения встречались нередко в деревенском быту, когда роды проводили бабки.

Ущемленная отечная губа шейки матки может омертветь и в некоторых случаях даже частично отпасть.



Рис. 237. Нормальный таз. Головка плотно вставилась в костное кольцо входа; разделение вод на передние и задние.



Рис. 238. Узкий таз. Головка долго не вставляется; имеется свободное сообщение между передним и задним отделом плодного пузыря.

Длительное стояние головки во входе таза ведет в некоторых случаях к отеку влагалища и наружных половых органов.

Если предлежащая головка стоит высоко, зев иногда спадается, свисает.

Сокращения полой мышцы матки при отсутствии продвижения головки плода ведут к значительному растяжению и даже перерастяжению стенок нижнего сегмента матки. Нижний сегмент истончается, плотно обхватывает нижний полюс плода вместе с головкой; контракционное кольцо поднимается высоко. Продолжающееся растяжение нижнего сегмента может привести к разрыву его.

Описанный характер течения родов сказывается и на течении последового периода; вялые сокращения матки нередко ведут к неправильной отслойке детского места, что сопровождается кровотечением.

Длительный период родов после отхождения вод предрасполагает к проникновению и распространению инфекции из влагалища в матку; этому благоприятствуют также имеющие место при таких родах многократные влагалищные исследования. Размозженные, отекающие, частью даже некротизированные ткани являются благоприятной средой для развития микроорганизмов, а тяжелая физическая и психическая нагрузка, какую представляют роды при узком тазе, утомляет женщину, снижает сопротивляемость ее организма. Для ребенка роды при узком тазе также сопряжены с рядом осложнений.

Длительное течение родов, наступающая неправильная родовая деятельность могут вести к нарушению плацентарного кровообращения, к внутриутробной асфиксии, к внутричерепным кровоизлияниям у плода и к смерти его, если не будут своевременно приняты надлежащие меры.

Несоответствие в размерах таза и головки приводит к значительной деформации черепа. Головка сильно сдавливается, что иногда сопровождается внутричерепными кровоизлияниями и может вести к смерти плода. Костное кольцо входа настолько плотно обхватывает головку, что при ее продвижении наблюдается иногда отслойка надкостницы, плод рождается с большой кефалогематомой (рис. 194).

Из изложенного видно, какие осложнения возможны при родах у женщин с узким тазом.

Понятно, эти осложнения не являются обязательными при всех родах у женщин с узким тазом. Однако знать и помнить о возможности подобных осложнений необходимо. Не предполагая возможности таких осложнений, не зная признаков, предвещающих грозные осложнения, нельзя своевременно их предупредить, нельзя правильно проводить роды при узком тазе.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Учитывая возможность наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказания оперативной помощи, акушерка не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с неправильным тазом; такие роды, как правило, необходимо проводить в родильном доме с врачом. В родильном доме наблюдение за роженицей с узким тазом ведет акушерка вместе с врачом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, акушерка должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода.

Клиническое понятие «узкий таз», как выше указывалось, исходит не только из размеров таза, а из совокупности соотношений размеров таза и предлежащей головки и других факторов, участвующих в акте родов (способность головки к конфигурации, сила схваток).

Анатомически узкий таз при небольшой головке плода и хороших схватках оказывается функционально вполне полноценным. Наоборот, сужение таза может быть незначительным, таз анатомически близок к нормальному, но при большой или плотной головке, при головке с ранним окостенением, при слабых схватках головка может и не пройти через вход таза или ее продвижение встретит чрезвычайные затруднения — в данном случае таз окажется клинически узким.

Диагноз клинически узкого таза может быть установлен только во время родов, а возможный исход родов для первой и второй степени сужения — только после более или менее длительного и внимательного наблюдения за характером течения родов (за динамикой родов).

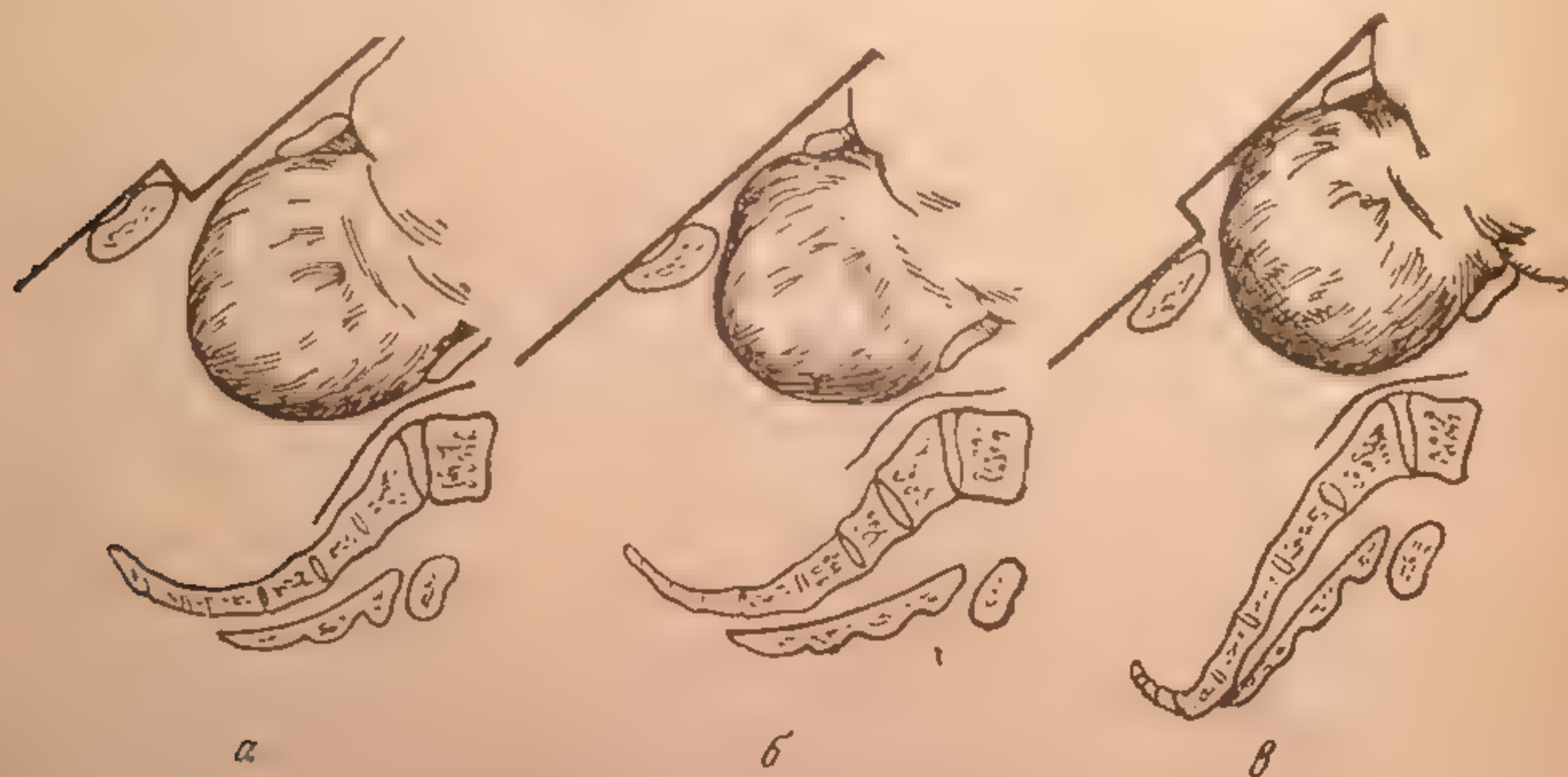


Рис. 239. Признак Вастена.

а — соответствие; б — умеренное несоответствие; в — значительное несоответствие.

Определение степени несоответствия размеров головки и входа в таз возможно только при родах, при фиксированной во входе головке. В подобных случаях, наряду с данными наружного исследования (третий и четвертый наружный прием), пользуются следующими признаками.

Признак Вастена определяет степень выбухания предлежащей головки над передней поверхностью лона. Обычно при соответствии размеров головки и таза у первородящих женщин головка фиксируется во входе таза еще до появления схваток и уже во всяком случае с наступлением родовой деятельности; у повторнородящих — с момента отхождения вод.

При несоответствии в размерах в том и в другом случае головка остается либо над входом, либо только прижимается ко входу. При продолжающейся интенсивной родовой деятельности головка частично вступает во вход; при этом, прощупывая головку через брюшную стенку (третий и четвертый наружный прием исследования), можно отметить выбухание ее; головка как бы нависает над симфизом.

Положив плашмя ладонь на переднюю поверхность симфиза проводят руку по коже кверху; при полном соответствии в размерах головки и входа таза передняя поверхность головки оказывается ниже плоскости симфиза; ладонь акушерки с симфиза погружается несколько вниз — признак Вастена отрицательный (соответствие) (рис. 239).

При небольшом несоответствии передняя поверхность головки находится почти в одной плоскости с симфизом — признак Вастена вровень (умеренное несоответствие) (рис. 239).

При значительном несоответствии передняя поверхность головки значительно возвышается над плоскостью симфиза, ладонь идет кверху — признак Вастена положительный (значительное несоответствие) (рис. 239).

Признак Цангемайстера. Степень выбухания передней поверхности головки над симфизом можно определять с помощью тазомера. В положении женщины на боку измеряют наружную конъюгату и тут же переднюю пуговку тазомера переводят с симфиза на выдающийся пункт выбухающей головки; задняя пуговка тазомера остается на месте; разница в этих двух размерах определяет степень выбухания головки. При полном соответствии размеров головки и входа таза наружная конъюгата обычно длиннее, чем размер до головки, примерно на 4 см. Если эти размеры одинаковы или если размер до головки оказывается длиннее наружной конъюгаты, то имеется несоответствие в размерах головки и входа таза и предсказание исхода родов ухудшается.

Описанными признаками следует пользоваться только при головке, неподвижно стоящей во входе таза, при головке, плотно прижатой ко входу.

Следует все же отметить, что наличие описанных положительных признаков не всегда позволяет окончательно высказываться об исходе родов. На основании этих признаков в самом начале родов можно лишь предполагать, что предстоят трудные роды и что за такой роженицей необходимо установить очень внимательное и непрерывное наблюдение.

В подобных случаях нельзя заранее сказать, насколько интенсивны будут схватки и какова окажется способность головки конфигурироваться.

Иногда выступающая над симфизом головка после энергичных схваток, даже и не очень долго длящихся, вступает глубоко во вход и быстро проходит через суженное кольцо входа.

Другое дело, когда признак Вастена продолжает оставаться положительным после интенсивной родовой деятельности в течение нескольких часов после отхождения околоплодных вод. В таких случаях могут появиться все описанные выше осложнения при родах. Здесь акушерка обязана проявить максимальную бдительность и фиксировать свое внимание на характере течения родов, во-время заметить появление любого из перечисленных

выше признаков, неблагоприятных как для роженицы, так и для плода.

Предпринимаемые при узком тазе вмешательства должны быть своевременными, ибо, будучи предприняты слишком рано, равно как и слишком поздно, они могут оказаться очень опасными для матери и для плода.

Чтобы способствовать некоторому увеличению прямого размера входа, иногда при родах прибегают к вальхеровскому положению (рис. 95) и к положению на боку; при первой позиции — на левом, при второй — на правом, что в некоторых случаях способствует лучшему вставлению головки.

В периоде раскрытия следят за опорожнением мочевого пузыря и за характером изменений в моче. Если роженица не может помочиться самостоятельно, надо спустить мочу катетером; спускать мочу надо очень бережно, избегая ранений мочеиспускательного канала. Полученную катетеризацией мочу нужно исследовать.

В периоде изгнания надо быть еще более бдительным, следить за поступательными движениями головки, за сердцебиением плода, за состоянием нижнего сегмента матки; при чрезмерном истончении стенок нижнего сегмента и появлении признаков угрожающего разрыва немедленно впрыскивают 1 мл 1% раствора морфина или, что лучше, дают роженице общий наркоз, чем достигается прекращение дальнейших схваток, и врач производит родоразрешение путем уменьшения размеров предлежащей части плода (перфорация) или путем кесарева сечения.

Иногда головка после длительной родовой деятельности проходит через костное кольцо входа в таз, а дальше ее продвижение задерживается вследствие наступления вторичной родовой слабости. В этих случаях, если головка уже спустилась в полость таза, приходится иногда прибегать к наложению щипцов (при наличии, понятно, всех условий для этой операции, которую производит только врач).

Нередко роды затягиваются вследствие непродуктивности схваток. Это иногда встречается у женщин с отвислым животом.

При чрезмерно отклоненной кпереди матке направление продольной оси ее не соответствует продольной родовой оси. Сила маточных сокращений, направленная не по оси матки, в сущности только прижимает головку к поясничному отделу позвоночника и теряется благодаря сопротивлению последнего. Стоит притянуть дно матки в направлении к позвоночнику матери, как при нескольких следующих схватках головка быстро вставляется во вход таза. У женщин с отвислым животом следует в конце периода раскрытия подтянуть или подвязать живот полотенцем или применить бинт Вербова (рис. 129).

Роды при узком тазе представляют большое испытание и для плода. Необходимо внимательно следить за его состоянием. Не дожидаясь ухудшения сердцебиения, следует проводить меро-

приятня, предупреждающие наступление внутриутробной асфиксии (стр. 224).

Если при затянувшихся родах плод погибает, то при наличии условий (достаточное открытие наружного зева, желательной фиксации во входе таза головка) роды заканчивают перфорацией с последующей краниоклазией головки плода и извлечением последнего при полном открытии наружного зева.

Выбор вмешательства зависит от периода родов, показаний и условий, т. е. состояния родовых путей, что, как правило, решает только врач, акушерка же должна во-время заметить момент, когда показано вмешательство, и немедленно об этом сообщить врачу.

Из изложенного следует, что роды при узком тазе представляют для женщины и внутриутробного плода большое испытание. Они требуют своевременной правильной оценки характера их течения, умелого, правильного и своевременного учета всех угрожающих симптомов, большого опыта и терпения и вместе с тем в необходимых случаях быстрого и правильного оказания надлежащей помощи.

Роды при узком тазе — это трудный экзамен для акушерки и врача.

Своевременное выявление беременных с узким тазом, непременно заблаговременное направление их для родов в родильный дом — это основное в работе акушерки по профилактике родового травматизма.

Глава XXII

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Правильным положением плода при родах считается продольное головное при затылочном предлежании.

Все отклонения от этого представляют уже большую или меньшую опасность как для плода, так и для матери, а потому рассматриваются как неправильные, патологические.

Неправильные положения плода и неправильные предлежания представляют сравнительно частую патологию беременности и родов.

Возможно ранний диагноз неправильных положений — первая задача, которая лежит на акушерке. От этого зависит и своевременная профилактика, и своевременная терапия.

В практическом отношении обычно различают следующие основные виды неправильных положений и предлежаний:

- 1) разогнутые предлежания — дефлексии (deflexio — разгибание),
- 2) высокое прямое стояние головки, 3) тазовые предлежания и
- 4) поперечные положения плода.

РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Из курса нормального акушерства известно, что у первородящих в конце беременности и всегда в первые часы родовой деятельности головка плотно устанавливается во входе. При своем вставлении головка (рис. 112) делает умеренное сгибание; затылок опускается ниже, подбородок приближается к груди.

Если имеется несоответствие между размерами головки и входа таза, например, очень большая головка при нормальном



Рис. 240. Передне-головное предлежание.

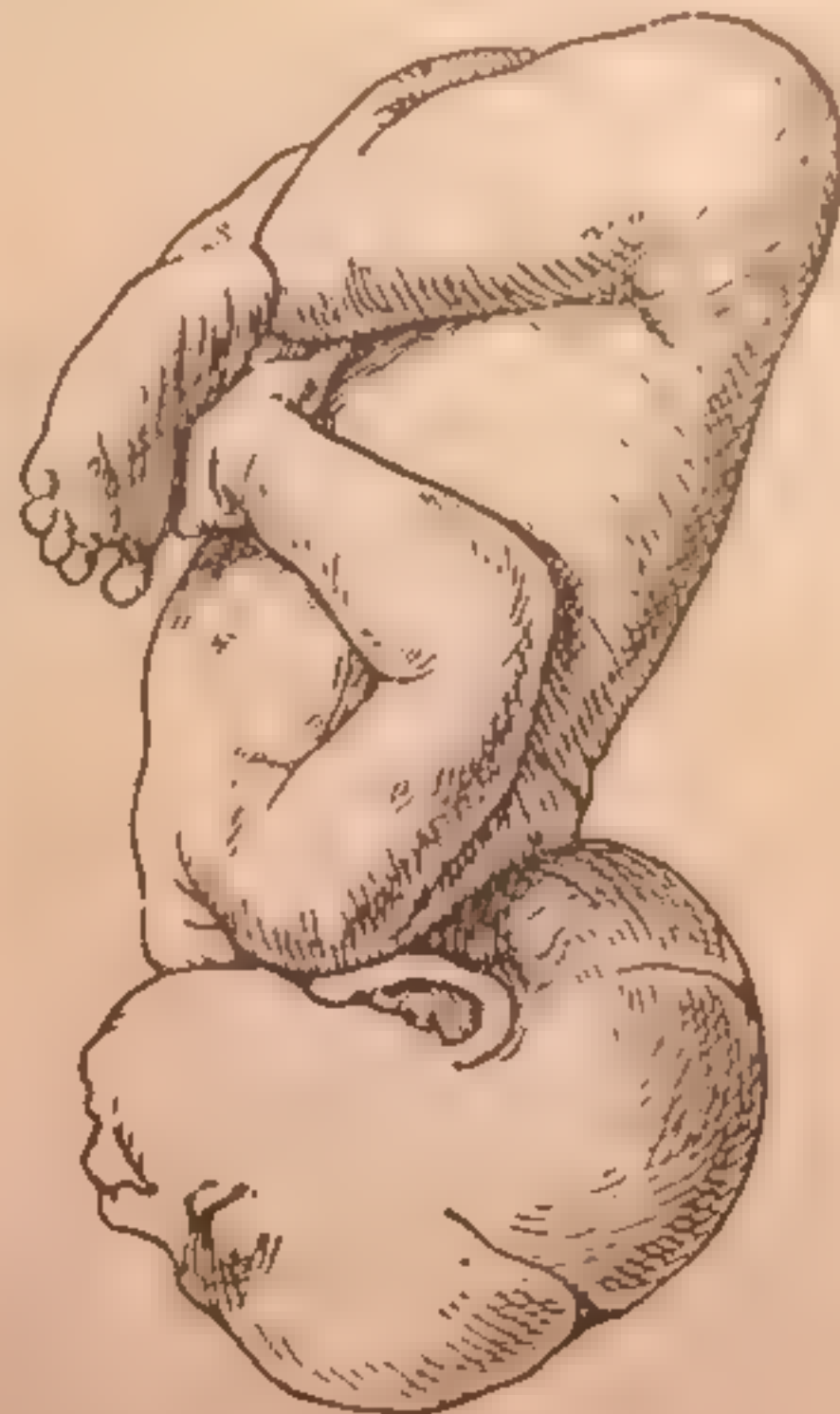


Рис. 241. Лобное предлежание.



Рис. 242. Лицевое предлежание.

тазе или нормальная головка при суженном тазе, то нормального механизма сгибания головки не происходит. В этих случаях затылок как более широкая часть задерживается в своем продвижении; даже при хорошей родовой деятельности головка долго остается только прижатой ко входу и при отталкивании может быть отодвинута.

В дальнейшем под действием схваток головка вступает во вход слегка разогнутой, причем оба родничка находятся примерно на одном уровне или большой родничок расположен несколько ниже малого родничка. Это передне-головное предлежание (рис. 240). Если несоответствие в размерах головки и таза значительно, разгибание головки идет дальше и создается лобное (рис. 241), а затем лицевое (рис. 242) предлежание.

Препятствовать сгибанию головки и задерживать продвижение затылка вниз могут:

- 1) сужение тазового входа (чаще плоский таз);
- 2) косые положения матки (вправо или влево);

3) дряблая, растянутая стенка живота, способствующая образованию отвислого живота;

4) чрезмерно большая головка;

5) маленькая головка при широком входе таза (полное или почти полное отсутствие обычного механизма при прохождении головки);

6) опухоли таза и тазовых органов, препятствующие нормальному вставлению;

7) врожденная долихоцефалия, при которой череп вытянут в передне-заднем размере, как дыня, и некоторые другие изменения.

Характерным признаком всех видов разгибания головки является отсутствие к концу беременности (у первородящих) вставления головки во вход таза; даже с началом родовой деятельности головка еще долго продолжает оставаться подвижной.

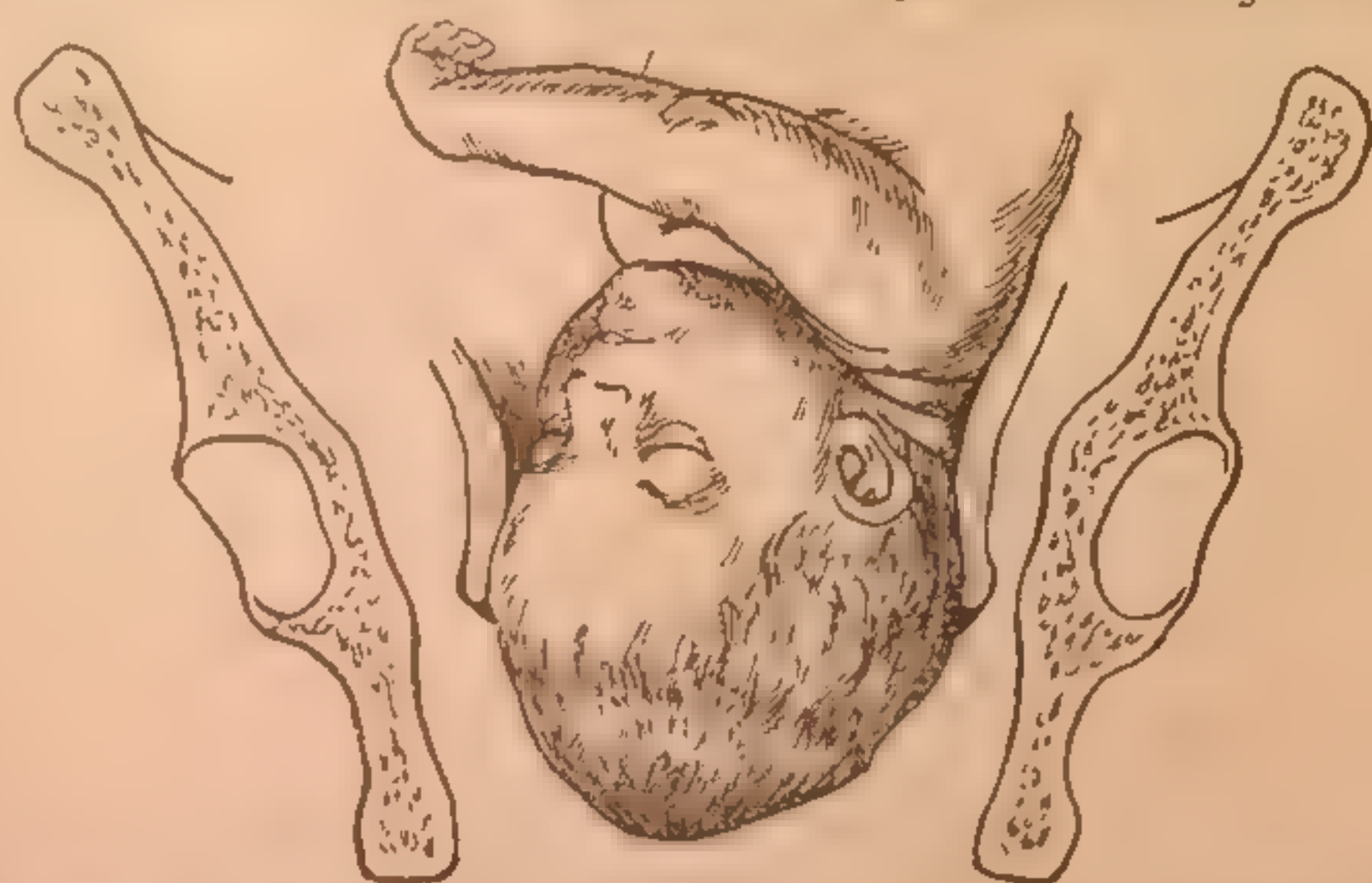


Рис. 243. Передне-головное предлежание. Большой родничок — наиболее низкий пункт головки; стреловидный шов в левом косом размере.

ПЕРЕДНЕ-ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Головка находится в положении между сгибанием и разгибанием, вернее, головка не сделала сгибания. Подбородок слегка отходит от груди и в центр тазового входа вступает передне-головная часть (рис. 240).

Данные наружного исследования. Головка подвижна или только прижата ко входу. При умеренном разгибании головки сохраняется нормальное членорасположение плода; поэтому наружное исследование живота роженицы дает обыкновенно те же данные, что и при затылочном предлежании. Сердцевиение плода прослушивается несколько дальше от средней линии живота по сравнению с передним видом затылочного предлежания. Установить точно диагноз передне-головного предлежания можно лишь при вставившейся во вход таза головке путем влагалищного исследования.

Данные влагалищного исследования. При влагалищном исследовании как самый низкий пункт вставившейся головки прощупывается большой родничок (рис. 243). От большого родничка удается пальцем проследить лобный шов. Малый родничок как вышестоящий пункт головки иногда прощупывается с трудом. При головке, стоящей во входе, мы находим стреловидный шов в поперечном или большей частью слегка в косом размере входа таза, причем большой родничок обычно обращен

несколько к передней, а малый родничок — к задней стенке таза. Обе теменные кости одинаково смотрят в просвет таза, т. е. имеется синклитическое вставление. Большой родничок продолжает оставаться самым низким пунктом головки в течение всего периода прохождения ее по родовому каналу — это характерный признак передне-головного предлежания.

Механизм родов. Установившись стреловидным швом в поперечном или в слегка косом размере входа таза, головка фиксируется в состоянии небольшого разгибания. В таком положении

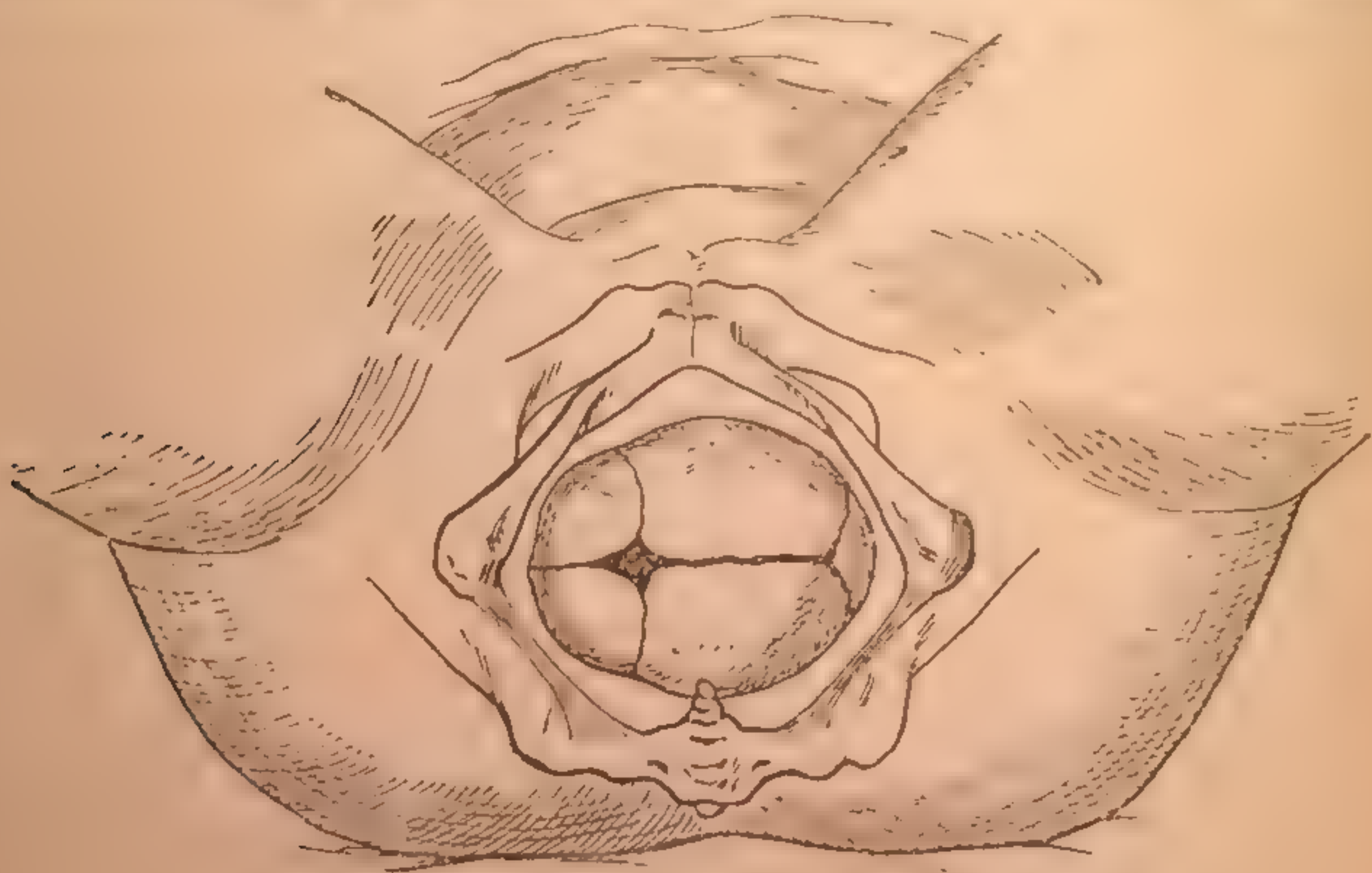


Рис. 244. Низкое поперечное стояние головки.

головка проходит костное кольцо входа и опускается в полость. Здесь попрежнему головка продолжает оставаться в умеренном разгибании, и самым низким пунктом ее попрежнему является область большого родничка. Стреловидный шов проходит в поперечном или в одном из косых размеров полости таза в зависимости от позиции; затылок вращается в сторону крестцовой впадины.

При всех вариантах разгибания предлежащей головки, как правило, в дальнейшем механизме ее прохождения создается задний вид. Объясняется это до некоторой степени тем, что затылок в этих случаях является наиболее выступающей частью головки; затылочная часть при вращениях головки встречает сопротивление со стороны передней стенки таза; кзади же, в сторону свободной крестцовой впадины, вращение затылком совершается значительно легче.

Нередко при передне-головном предлежании встречается так называемое низкое поперечное стояние головки

в полости (рис. 244). Это значит, что головка, продвигаясь через родовый канал, не совершила вращения и дошла до тазового дна в том же положении, в каком вступила во вход таза. В таких случаях свой окончательный поворот головка совершает лишь в тазовом выходе, чему способствует сопротивление мышц тазового дна и в первую очередь сопротивление мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

Установившись стреловидным швом в прямом размере выходной щели показывается сначала область большого родничка, а затем соответствующие участки теменных и лобных костей.

При следующих схватках из-под лонной дуги постепенно выходит лоб с лобными буграми; дойдя до переносицы, головка упирается ею в нижний край лонной дуги (рис. 245).

Вокруг этой точки опоры головка проделывает сгибание; над промежностью выходит область малого родничка и весь затылок. Как только затылок вышел, из-под лонной дуги выкатывается личико, головка разгибается.

Таким образом, при передне-головном предлежании, как указывалось, головка вставляется во вход таза в состоянии умеренного разгибания, окружностью, проходящей через ее передне-задний размер (рис. 42) (длина окружности 34 см).

Так, в состоянии умеренного разгибания головка проходит родовый канал, причем самая широкая часть черепа, область теменных бугров, прорезываясь, проходит по задней стенке влагалища над промежностью и сильно растягивает последнюю в поперечном направлении. В половой щели головка проходит прямым размером (от переносицы до затылочного бугра) вместо малого косого, как это бывает при затылочном предлежании.

Долгое и трудное продвижение головки в подобных случаях вызывает значительную конфигурацию ее, причем образуется большая родовая опухоль, что придает головке характерный вид, напоминающий башню. Этими же причинами объясняется и большая травма черепа с образованием кефалогематомы.

На первый взгляд может показаться, что механизм родов в передне-головном предлежании сходен с механизмом при затылочном виде затылочного предлежания. На самом деле сходство только в том, что в обоих случаях имеется задний вид. Во всем остальном они резко отличаются друг от друга, что видно из следующего сопоставления.

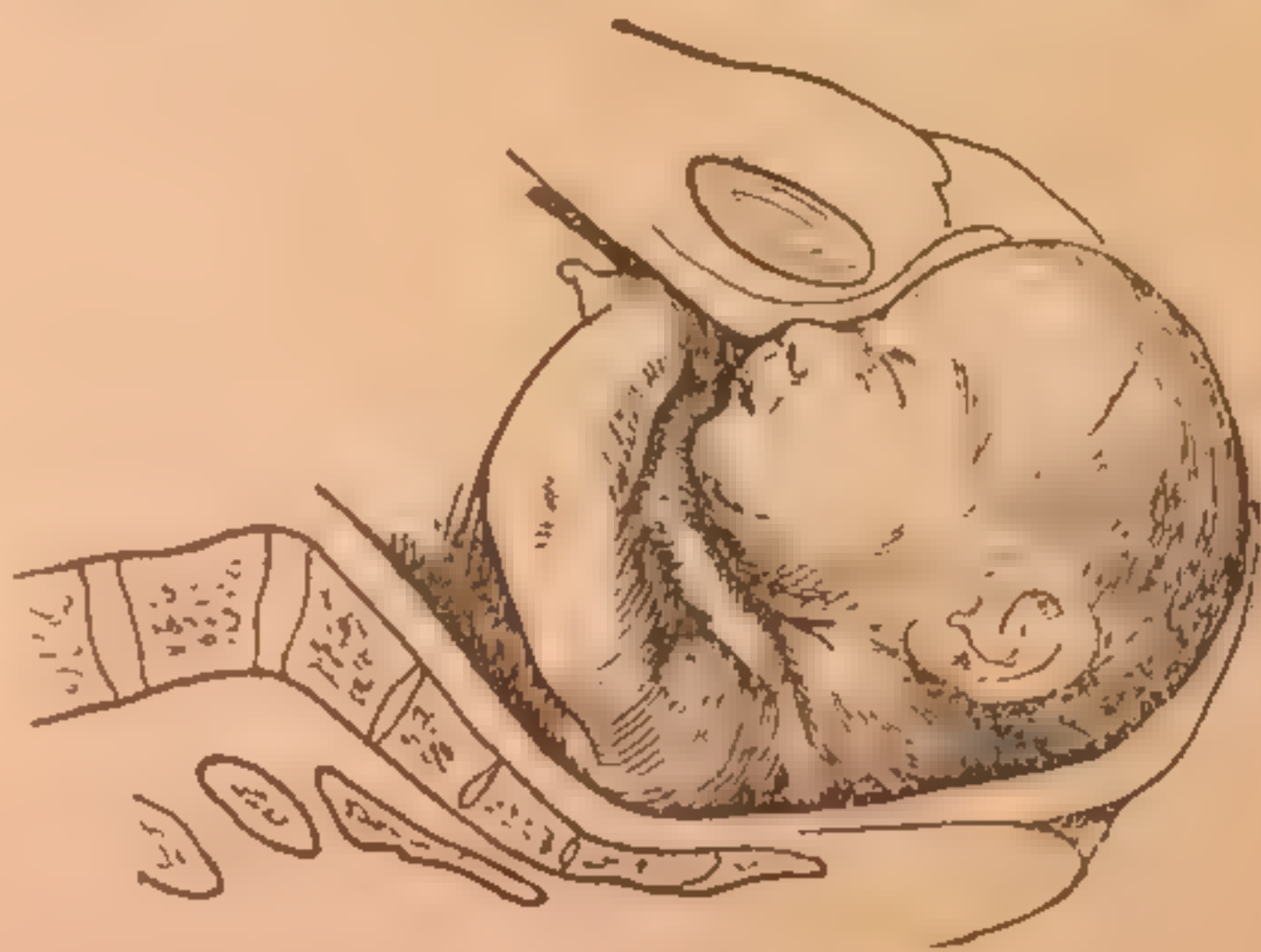


Рис. 245. Прорезывание головки в передне-головном предлежании.

Задний вид затылочного предлежания

1. Головка вступает во вход таза в умеренном сгибании.
2. Самым низким пунктом предлежащей головки во все моменты механизма прохождения ее является малый родничок.
3. Прорезывается головка в состоянии сгибания (средним косым размером): из половой щели первыми показываются область малого родничка и затылочная кость. Область большого родничка располагается под лонным сочленением. Лишь только лобные бугры минуют края лонной дуги, происходит разгибание головки, вследствие чего почти одновременно скользит затылок над промежностью, а лицо — под лонной дугой.
4. Родовая опухоль располагается в области малого родничка; головка вытянута в направлении большого косого размера.

Передне-головное предлежание

1. Головка вступает во вход таза в умеренном разгибании.
2. Самым низким пунктом предлежащей головки во все моменты механизма прохождения ее является большой родничок.
3. Прорезывается головка в умеренном разгибании (прямым размером): из половой щели первыми показываются область большого родничка и соседние участки лобных и теменных костей. Лоб с лобными буграми выходит из-под лонной дуги до переносицы; упираясь последней в лонную дугу, головка делает как бы сгибание, затылок скользит над промежностью и только после этого из-под лонной дуги выкатываются остальные части лица.
4. Родовая опухоль располагается в области большого родничка; головка приобретает своеобразный вид, напоминающий башню.

Течение и ведение родов. Течение родов в передне-головном предлежании обычно более трудное и продолжительное. Как правило, роды в передне-головном предлежании необходимо проводить выжидательно, следя за характером схваток (они могут стать судорожными, сменяющимися в дальнейшем вторичной родовой слабостью), за маткой (заметное перерастяжение и истончение нижнего сегмента, высота стояния контракционного кольца), за общим состоянием роженицы (пульс, температура). Учитывая все опасности для ребенка, необходимо как можно чаще и внимательнее выслушивать сердцебиение плода с тем, чтобы при появлении угрожающих признаков (внезапное приглушение и замедление сердцебиения с явлениями аритмии) врач немедленно оказал соответствующую помощь (рассечение промежности, наложение щипцов). Лишь только акушерка установит передне-головное предлежание (особенно у первородящих), она должна немедленно вызвать врача и проводить роды под его руководством. При проведении таких родов всегда должны быть наготове прокипяченные щипцы, ножницы для рассечения промежности и все необходимое для предупреждения внутриутробной асфиксии и для оживления ребенка.

ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Следующая степень разгибания — лобное предлежание (рис. 241). Лобное предлежание является переходным от передне-головного к лицевому предлежанию.

Если при лобном предлежании дальнейшего разгибания не происходит, головка так и фиксируется в костном кольце входа.

Причинами, задерживающими полное разгибание головки и препятствующими образованию лицевого предлежания, могут быть: запрокинутая за шею ручка, очень плотное обхватывание туловища нижним сегментом матки, малая величина головки, которая и при лобном вставлении легко продвигается в полость таза.

Роды в лобном предлежании встречаются крайне редко, примерно один раз на 2 000—3 000 родов.

Наружное исследование. Определить лобное предлежание путем только наружного исследования очень трудно. При податливой брюшной стенке исследующие пальцы находят края головки (затылок и подбородок) одинаково удаленными от средней линии и почти на одной высоте. Спинку прощупать не удастся. Сердцебиение плода яснее прослушивается с той стороны, где прощупываются мелкие части (начало нарушения нормального членорасположения плода).



Рис. 246. Прорезывание головки при лобном предлежании (профиль).

Влагалищное исследование. Самым низким пунктом предлежащей головки является лоб, стоящий в центре таза. Лобный шов проходит в поперечном размере входа. Направляясь по лобному шву, исследующий палец по одну сторону достигает глазниц и корня носа, по другую — угла большого родничка. Ни рта, а тем более подбородка палец не достигает; если же рот и подбородок достигаются, это означает, что имеется лицевое предлежание.

Механизм родов. Головка вставляется во вход таза своим большим косым размером (13 см). При дальнейшем продвижении, только при небольшой головке и после очень длительной и энергичной родовой деятельности, головка опускается в полость таза и вращается лбом кпереди, а затылком кзади в крестцовую впадину. При очень хорошей родовой деятельности и отсутствии значительных препятствий со стороны таза головка достигает в таком положении тазового дна. Лобный шов устанавливается в прямом размере выхода, головка начинает врезываться в половую щель. Первой показывается из половой щели область лба, затем части лица: глаза, нос, после чего головка, выйдя из-под лона до верхней челюсти, упирается последней в лонную дугу (рис. 246). Затем происходит сгибание головки вокруг верхней челюсти, и над растянутой до крайних пределов промежностью

выкатывается темя и затылок. По выхождении затылка головка делает разгибание, и из-под симфиза выходит рот и подбородок.

Рождение туловища плода происходит, как обычно. Следует отметить, что указанный механизм возможен лишь в том случае, если головка, как указывалось, невелика. В большинстве же случаев головка, установившись во входе в лобном предлежании, не может пройти в полость таза большим косым размером.

Течение и ведение родов. Лобное предлежание создается в момент родов. Предупредить такое вставление в конце беременности мы не можем. Говорить о профилактике лобных предлежаний можно лишь с началом родовой деятельности и только в тех случаях, когда внимательный глаз опытной акушерки, учитывая указанные выше данные наружного исследования, заметит некоторые отклонения от нормы. Это должно побудить ее своевременно произвести влагалищное исследование и подтвердить лобное предлежание.

Если при лобном вставлении опущение подбородка и развитие полного разгибания задерживаются, то рекомендуется в таких случаях при неплотно установившейся головке при целых или только что отошедших водах, при полном или почти полном открытии зева отодвинуть головку в сторону и сделать поворот на ножку (стр. 509).

Эту операцию, так называемый профилактический поворот, может делать только врач. Некоторые рекомендуют превращать лобные предлежания в лицевые, разгибая головку пальцем, введенным в рот.

В отдельных случаях пытаются, введя в матку руку, захватить ею затылок и согнуть головку, переводя ее таким образом в затылочное предлежание.

Нужно сказать, что все способы изменить лобное предлежание в другое — головное — не всегда удаются, а там, где это удастся, очень часто результат операции оказывается нестойким, и головка снова возвращается в лобное предлежание.

Между тем все эти манипуляции отнимают время, связаны с риском внести инфекцию, оттягивают и ухудшают возможность проведения поворота на ножку или, что иногда лучше в интересах плода и матери, кесарева сечения.

При вставившейся во вход таза головке можно попытаться перевести лобное предлежание в лицевое или затылочное. И то, и другое следует делать обязательно в больничной обстановке и притом только врачу. Учитывая высокую детскую смертность при родах в лобном предлежании и весьма малую эффективность указанных мероприятий, целесообразнее при доношенном плоде и отсутствии противопоказаний родоразрешить такую роженицу путем кесарева сечения.

Если ни одной из указанных операций сделать нельзя, роды проводят выжидательно и вмешательство производится лишь при

соответствующих показаниях. В выжидательном ведении родов под руководством врача необходимо сугубо внимательное наблюдение акушерки за роженицей.

Роды в лобном предлежании очень продолжительны, тяжелы и очень редко заканчиваются силами роженицы. В большинстве случаев приходится прибегать к оперативному вмешательству — чаще к перфорации головки даже на живом плоде (врач).

Разрывы мягких частей и промежности очень часты, так как головка в этих случаях прорезывается окружностью, соответствующей одному из больших ее размеров — верхнечелюстно-затылочному.

Череп сдавливается в затылочно-лицевом направлении и вытягивается в направлении лба, на котором образуется родовая опухоль (рис. 247).

Черезмерно долгое стояние головки во входе, долгое и трудное прохождение ее через родовой канал создают большие опасности для ребенка и матери. Смертность детей при лобном предлежании в ту пору, когда часто применяли оперативное родоразрешение, особенно в виде наложения высоких щипцов и поворота, достигала колоссальных размеров (30—40%).

Для матери, не говоря уже о больших разрывах мягких родовых путей, опасность заключается еще в том, что сопутствующее лобному предлежанию раннее отхождение вод, большое разможнение тканей, длительное течение родов, истощение сил роженицы создают благоприятные условия для развития инфекции, а чрезмерное растяжение стенок нижнего сегмента матки угрожает разрывом ее. Чаше, чем при всех других видах предлежания, наблюдается образование свищей.

На обязанности акушерки в условиях самостоятельной работы (колхозный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт) лежит ответственная задача — своевременно распознать лобное предлежание и немедленно, если позволяет состояние роженицы, переправить ее в родильный дом, в больницу или вызвать к роженице врача, предупредив его о диагнозе. В противном случае акушерка рискует, не говоря уже о ребенке, потерять и мать.

ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Максимальная степень разгибания головки — лицевое предлежание (рис. 242). Встречаются лицевые предлежания приблизительно один раз на 300—400 родов.



Рис. 247. Конфигурация головки при лобном предлежании.

Данные наружного исследования. При наружном исследовании живота роженицы прощупывается выдающийся сбоку над лонными костями затылок. Между выдающимся затылком и спинкой отмечается углубление (рис. 248). При ощупывании боковых стенок матки не прощупывается спинка; с противоположной затылку стороны определяются мелкие части плода.

Это объясняется тем, что при лицевом предлежании, наряду с высокой степенью разгибания головки, имеется резкое разгибание

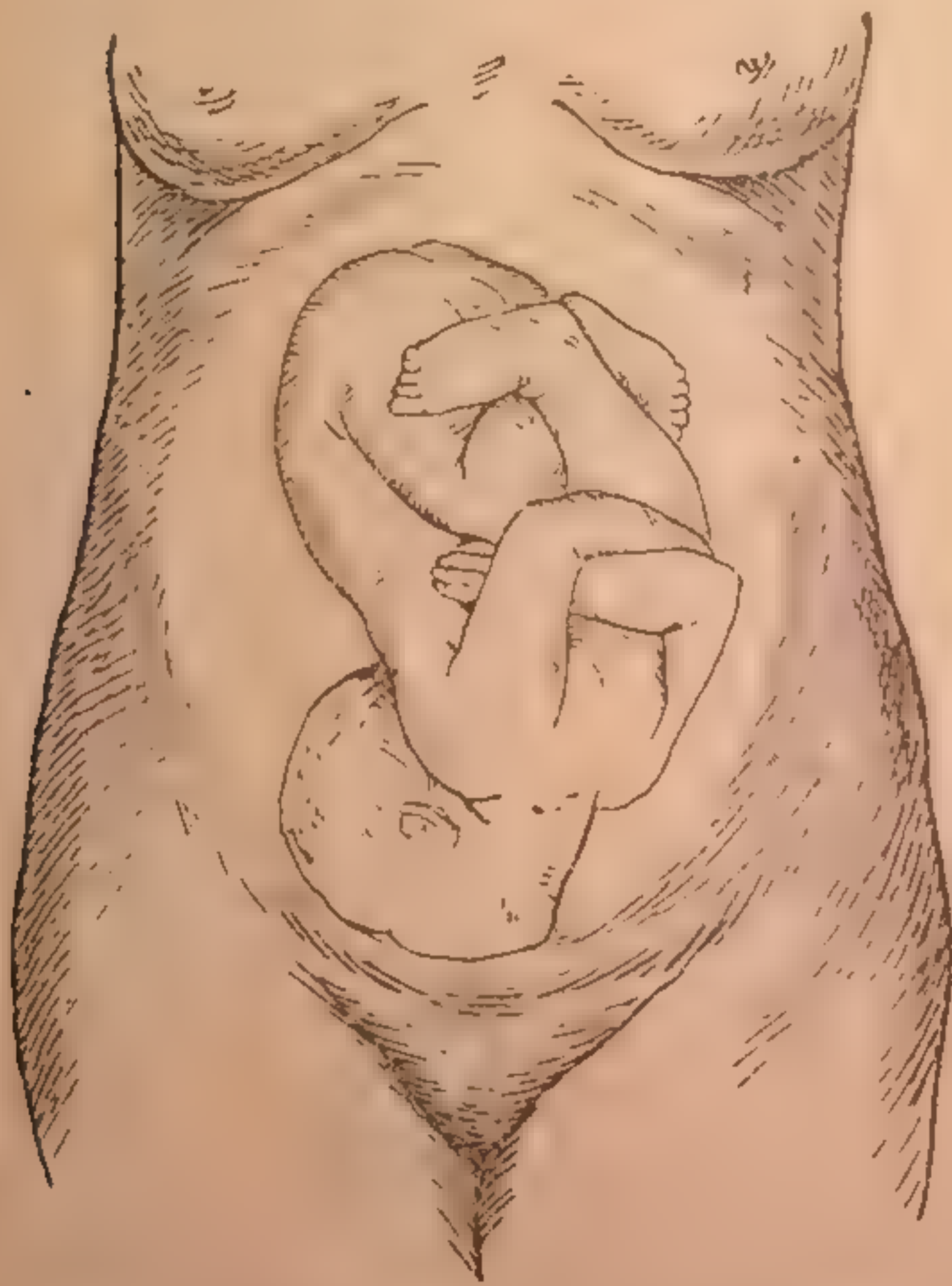


Рис. 248. Лицевое предлежание плода.

позвоночника в шейном и верхне-грудном его отделе, нарушается нормальное членорасположение плода. Затылок запрокинут и приближается к спинке; спинка вогнута дугообразно, грудь приближается к стенке матки. Поэтому при больших степенях разгибания сердечные тоны плода яснее прослушиваются не со стороны спинки плода, а со стороны его грудки, т. е. на той стороне, где прощупываются мелкие части плода (рис. 248).

Так, при первой позиции лицевого предлежания спинка плода обращена влево, выдающийся затылок — слева, мелкие части и грудь — справа, сердцебиение плода слышится справа от средней линии ниже пупка; при второй позиции су-

ществуют обратные отношения (рис. 248).

Данные влагалищного исследования. Обычно лицевые предлежания создаются лишь во время родов. До этого им предшествует лобное предлежание, которое затем под влиянием родовой деятельности переходит в лицевое. Как правило, лицевые предлежания являются вторичными. Очень редко, лишь в виде исключения, с самого начала вставления головки может создаться лицевое предлежание.

Лоб, глазные дуги, нос с ноздрями, рот с краями челюстей и языком, подбородок характеризуют лицо.

Лоб представляется в виде отрезка шара с лобным швом, который на одном конце заканчивается углом большого родничка, на другом — переходит к носу. Нос представляется в виде возвышения с двумя отверстиями. По лицевой линии (линия, идущая от лобного шва до подбородка) дальше прощупывается рот — самая существенная часть для распознавания лицевого

предлежания. Рот представляется в виде отверстия, в которое легко (без насилия) можно ввести конец пальца и нащупать края челюстей (при этом нередко младенец начинает даже сосать палец). По бокам лицевой линии удастся прощупать один или оба глаза в виде небольших возвышений, окруженных костными краями (орбиты). Прощупывание хотя бы одной из перечисленных частей достаточно для определения лицевого предлежания.

Легкость или трудность распознавания лицевых предлежаний зависит от момента исследования. До отхождения вод, особенно при небольшом открытии зева, распознавание почти так же трудно, как и во время беременности вследствие высокого стояния предлежащей части. Если исследование производится спустя много часов после отхождения вод, то образовавшаяся родовая опухоль на лице значительно затрудняет диагноз. Отечная опухоль щек скрывает нос, глазные яблоки и изменяет направление расщелины рта из поперечного в продольное. Прощупывание ноздрей, расщелины рта позволяет диагностировать лицевое предлежание.

Нужно твердо помнить, что нежная кожа лица у плода, к тому же еще отечная, чрезвычайно легко ранима. Поэтому исследование необходимо производить бережно, не травмируя ткани. Небольшая ссадина лица, произведенная пальцем при исследовании, может служить входными воротами для инфекции.

Рот можно иногда смешать с отверстием заднего прохода, хотя при внимательном как наружном, так и влагалищном исследовании этой ошибки легко избежать. Палец при введении в рот не встречает сопротивления, прощупывает края челюстей, язык или твердое нёбо и иногда ощущает сосательные движения. При попытке введения пальца в задний проход у живого плода встречается сопротивление сфинктера прямой кишки. Этот прием не следует форсировать, так как можно надорвать сфинктер, а у плода женского пола можно нарушить целостность девственной плевы в том случае, если исследующий палец вводится в половую щель. Только у мертвого плода сфинктеры расслаблены и палец свободно входит в отверстие заднего прохода; на исследующем пальце при этом отмечается меконий.

Позицию плода и вид при влагалищном исследовании можно определить по расположению подбородка по отношению к стенкам таза. Если, например, подбородок обращен вправо и слегка кпереди, спинка при этом слева и несколько кзади, имеется первая позиция, задний вид лицевого предлежания. Если подбородок обращен влево и слегка кпереди, спинка при этом справа и несколько кзади, имеется вторая позиция, задний вид лицевого предлежания.

Механизм родов. Первый момент — вставление и разгибание. Головка вступает во вход таза в лобном предлежании (рис. 249). По мере усиления родовой деятельности головка все больше разгибается, затылочная часть задерживается на пограничной линии таза, а подбородок опускается и достигает почти одинакового уровня со лбом — создается лицевое предлежание (рис. 250). Лицевая линия проходит в поперечном или слегка в косом размере входа таза.

Второй момент — опущение головки и вращение ее. При дальнейшем продвижении головки подбородок является проводным пунктом. Разгибание прогрессирует, и подбородок опускается ниже. Одновременно с продвижением вниз подбородок поворачивается к передней стенке таза. Особенно легко это происходит в тех случаях, когда подбородок с самого начала был обращен несколько кпереди. При лицевом предлежании и доношенном плоде поворот подбородка кпереди является обязательным и необходимым условием, без которого не может произойти дальнейшего продвижения головки в полость. Если подбородок обращен с самого начала кзади, то опущению головки предшествует поворот подбородка кпереди. В противном случае выдающийся затылок упирается в верхний край горизонтальной ветви лонной кости, и головка в таком положении не может опуститься. Лишь после продолжительной и хорошей родовой деятельности и в таких случаях все же происходит вращение затылка кзади, подбородок вращается кпереди, после чего головка опускается в полость таза.

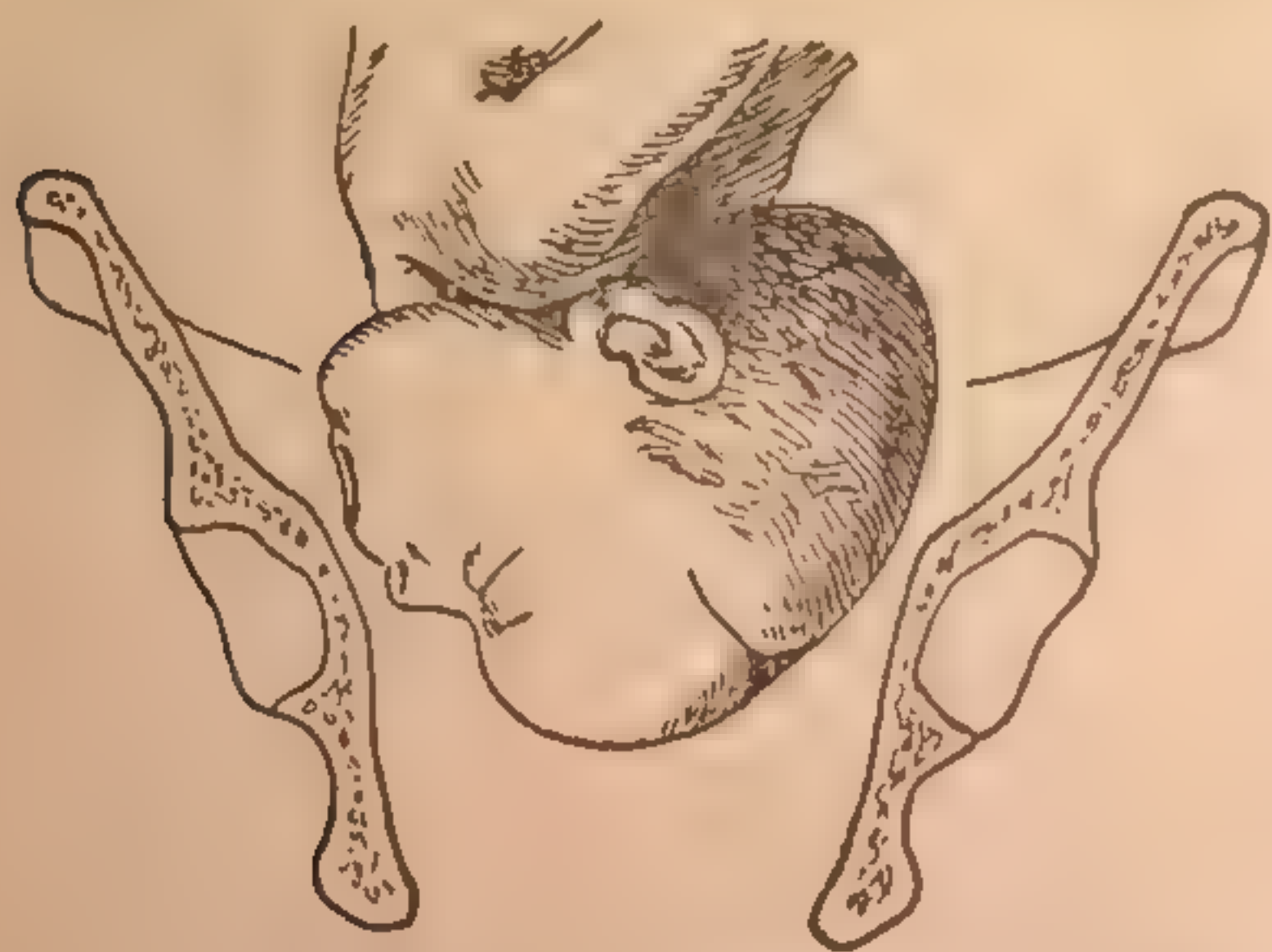


Рис. 249. Лицевое предлежание. Вначале головка вставляется в лобном предлежании.

В полости таза лицевая линия устанавливается в направлении одного из косых его размеров (рис. 251) (чаще в правом ксоне). Затылочная часть головки располагается в крестцовой впадине. При дальнейшем продвижении подбородок приближается к симфизу, лицевая линия соответствует прямому размеру выхода. Третий момент — прорезывание личика и сгибание головки. Дойдя до тазового выхода, лобно-лицевая часть головки растягивает и выпячивает промежность. В половой щели начинает показываться угол рта. Череп лежит в крестцовой впадине.



Рис. 250. Лицевое предлежание. Разгибание головки завершилось.

Дойдя до тазового выхода, лобно-лицевая часть головки растягивает и выпячивает промежность. В половой щели начинает показываться угол рта. Череп лежит в крестцовой впадине.

Очень медленно, при чрезвычайно болезненном растяжении тазового дна, силой схваток и потуг головка поднимается несколько кверху, и одновременно с этим подбородок начинает выдвигаться из-под лонной дуги.

Когда подбородок вышел из-под симфиза и подъязычная область упирается в нижний край симфиза, головка начинает «сгибаться», начинается прорезывание ее (рис. 252 и 253). Постепенно над промежностью выходят глаза, лоб и, наконец, весь череп. Размер, каким при этом прорезывается головка, будет вначале подъязычно-большеродничковый, или вертикальный (он равен 10 см), а затем подъязычно-затылочный.

Таким образом, механизм продвижения головки при лицевом предлежании схематически складывается из трех основных моментов: 1) разгибание, 2) поворот и 3) сгибание головки [в отличие от затылочного предлежания, при котором происходит: 1) сгибание, 2) поворот и 3) разгибание головки].

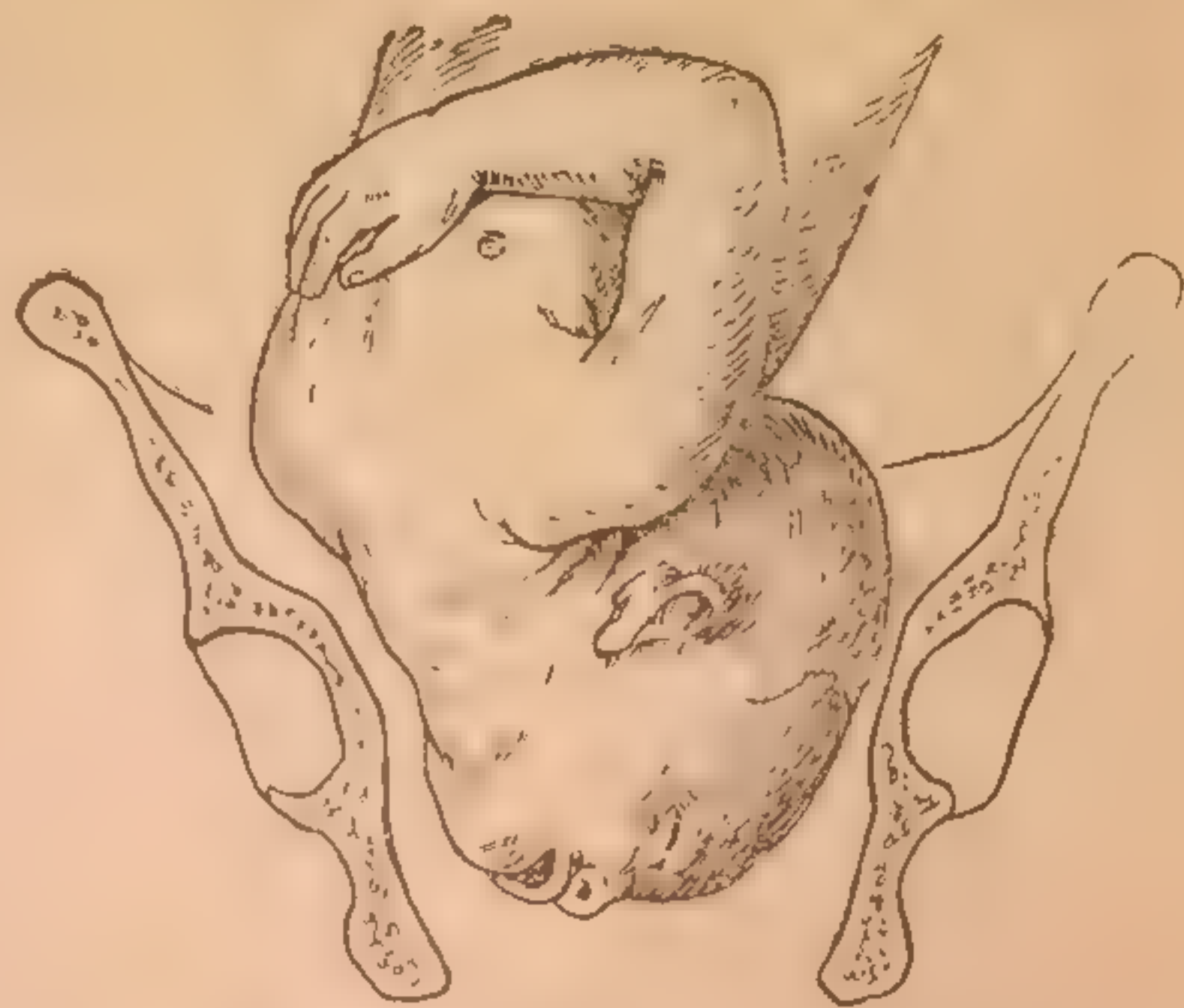


Рис. 251. Лицевое предлежание. Подбородок обращен кпереди — лицевая линия в левом косом размере полости таза.



Рис. 252. Лицевое предлежание. Прорезывание личика (профиль).

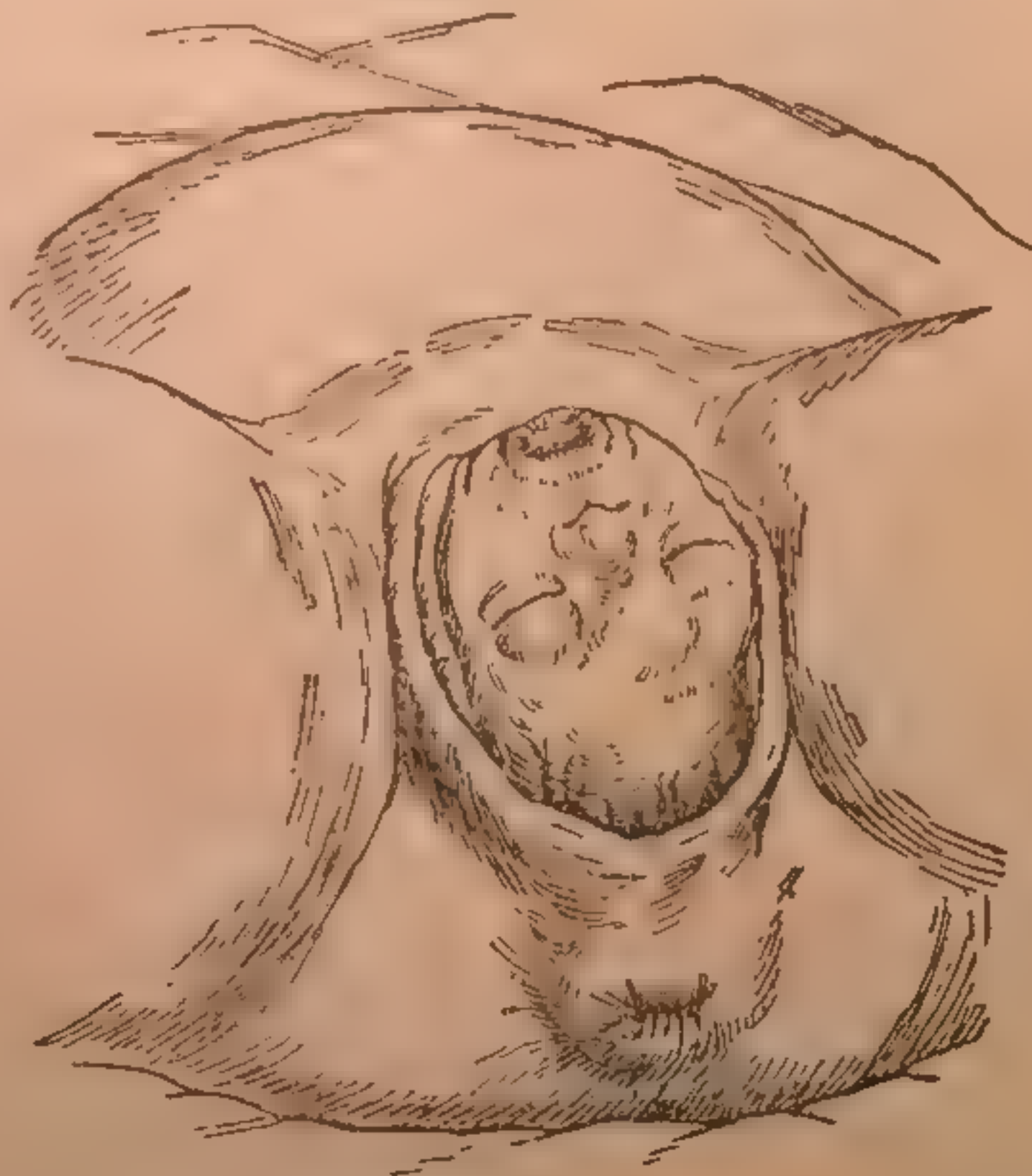


Рис. 253. Лицевое предлежание. Рождающееся личико.

Течение и ведение родов. Лицевое предлежание само по себе не является показанием к какому-либо вмешательству. Роды следует проводить выжидательно, и в большинстве случаев они

заканчиваются благополучно без вмешательства. Необходимо внимательно следить за механизмом родов, за состоянием роженицы и за сердцебиением плода.

Роженица должна в течение всего периода раскрытия лежать на том боку, куда обращен подбородок, чтобы перемещение туловища плода способствовало разгибанию головки.

При лицевых предлежаниях часто наблюдается ранний разрыв плодного пузыря. Необходимо стараться как можно дольше сохранить его целостность — роженица должна лежать; чрезвычайно бережно производят исследования, а тем более влагалищные.

Если все идет благополучно, т. е. личико вращается подбородком кпереди, нужно спокойно выжидать начала прорезывания подбородка в половой щели, при прорезывании не допускать сгибания головки до тех пор, пока не выйдет из-под лонной дуги весь подбородок. Как только он выйдет и в лонную дугу упрется подъязычная область, не следует допускать слишком быстрого сгибания головки. Таким образом, «защита промежности» в этих случаях сводится к тому, что акушерка рукой, положенной на промежность, медленно выпускает над промежностью одну за другой части лица и черепа.

Дети при лицевом предлежании рождаются с сильно отеком лица и вытянутой в направлении прямого размера головкой. Обычно этот отек держится 4—5 дней; в течение этого срока головка продолжает сохранять характерное разгибание.

Исход родов при лицевом предлежании с подбородком, обращенным кпереди, в большинстве случаев благоприятный.

Иногда все же роды в лицевом предлежании сопровождаются тяжелыми для плода осложнениями. Объясняется это сильным растяжением и прижатием сосудов шеи, венозным застоем мозга, отеком мозга и кровоизлияниями в мозг.

Если личико фиксировалось глубоко во входе подбородком кзади и при дальнейшей родовой деятельности продолжает оставаться в том же положении, дольше ждать бесполезно; более бережным вмешательством в этом случае является перфорация головки плода (производится врачом).

Как следует из изложенного, для всех видов разгибания характерно отсутствие вставления головки в последние две недели беременности; даже с наступлением родовой деятельности, спустя иногда несколько часов, головка все еще продолжает оставаться только прижатой ко входу, с большим трудом и очень медленно она вставляется и опускается в полость.

Рано разрывается плодный пузырь и отходят воды, что объясняется сравнительно высоким стоянием головки и отсутствием разделения вод на передние и задние (рис. 237 и 238). К сожалению, диагноз разогнутых предлежаний устанавли-

ливают только к началу родов, поэтому и все мероприятия как профилактического, так и терапевтического характера чаще приходится применять уже во время родов.

Однако, учитывая, что развитию разогнутых предлежаний в первую очередь способствует узкий таз и ряд дополнительных моментов, возможны профилактические мероприятия еще до родов, во время беременности, которые в основном сводятся к следующему:

1) необходимо взять на учет всех беременных женщин с узким тазом с первых же месяцев беременности (в городах это делают консультации для женщин, на селе — акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов);

2) обязательно надо рекомендовать с 6 месяцев беременности носить бандаж или подвязывать живот полотенцем;

3) беременных с узким тазом следует заблаговременно направлять в стационар для врачебного наблюдения.

Если своевременно установлено разогнутое предлежание головки, беременных надо обязательно направлять в родильный дом или больницу. И в родильном доме, и в больнице роды при разогнутых предлежаниях проводятся акушеркой, но она в любой момент, как только это потребует, может обратиться за помощью к врачу.

Сводная таблица для всех вариантов головного предлежания

Предлежание	Ведущий пункт предлежащей головки	Пункт фиксации головки	Размер прорезывания головки
1. Затылочное (передний вид)	Область малого родничка	Подзатылочная область	Малый косой
2. Затылочное (задний вид)	То же	Граница волосистой части лба	Средний косой
3. Передне-головное	Область большого родничка	Переносица	Прямой
4. Лобное	Область лба	Верхняя челюсть	Верхнечелюстно-затылочный
5. Лицевое	Подбородок	Подъязычная область	Вертикальный

ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

Встречается, правда, крайне редко, так называемое высокое прямое стояние (вставление). При этом головка вставляется во вход таза стреловидным швом не в поперечном, как обычно, а в прямом размере входа. Причиной такого вставления может быть как неправильная форма таза, так отчасти и неправильная форма черепного свода головки плода.

При наружном исследовании третьим приемом прощупывается резко выступающая кпереди часть головки. Однако окончательный диагноз устанавливается только путем влагалищного исследования. При этом головку находят прижатой или вставившейся во вход таза. Направление стреловидного шва почти соответствует прямому размеру входа. В одних случаях область малого родничка оказывается спереди за лоном — это так называемое затылочно-лонное положение (рис. 254) (*positio occipitalis pubica*, сокращенно POP), в других — область



Рис. 254. Высокое прямое стояние головки. Затылочно-лонное положение.



Рис. 255. Высокое прямое стояние головки. Затылочно-крестцовое положение.

малого родничка оказывается сзади несколько ниже мыса — затылочно-крестцовое положение (рис. 255) (*positio occipitalis sacralis*, сокращенно POS).

Механизм родов. При затылочно-лонном положении (POP) головка сильно сгибается, опускается затылковой областью и упирается последней в заднюю поверхность лонного сочленения. По мере продвижения головки ее лобно-лицевая часть начинает скользить по мысу. Сначала скользит область большого родничка, затем лоб и лицо. Так, в некоторых случаях при небольшой головке и хорошей емкости таза головка опускается в полость и рождается в затылочном предлежании.

При затылочно-крестцовом положении (POS) продвижение головки через костное кольцо таза чрезвычайно затруднено. Головка может опуститься только в том случае, если уже во входе начинается вращение стреловидного шва в один из косых размеров; в дальнейшем это вращение увеличивается и головка из заднего вида во входе переходит в передний вид в полости и выходе. Но этот механизм даже при энергичной родовой дея-

тельности очень длительный, трудный и в большинстве случаев самостоятельно не происходит до конца, — нужна бывает оперативная помощь.

Высокое прямое стояние головки представляет тяжелое осложнение при родах, оно большей частью требует оказания оперативной помощи — перевод головки из прямого в косое или поперечное стояние, поворот на ножку, кесарево сечение, перфорация. Роженицу с установленным или даже предполагаемым высоким прямым стоянием головки надлежит немедленно отправлять в родильный дом или срочно вызвать к ней врача.

Глава XXIII

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Тазовые предлежания встречаются приблизительно один раз на 30 родов, чаще у повторнородящих и при преждевременных родах.

Особенности механизма родов в тазовом предлежании плода, связанный с этим сравнительно высокий процент асфиксии и смертности детей, большая травма родовых путей — все это справедливо заставляет рассматривать тазовые предлежания как акушерскую патологию (в основном для плода). Часто при тазовых предлежаниях необходимо в интересах плода, а иногда и матери ускорить роды и прибегать к различным видам акушерской помощи.

При тазовых предлежаниях различают **ягодичные** и **ножные** предлежания (вставления).

Среди ягодичных предлежаний различают **чистые** (рис. 256) и **смешанные** (рис. 257). При чистом ягодичном предлежании ножки плода вытянуты по длине туловища; во вход таза вступают ягодичцы плода.

При смешанном ягодичном предлежании (рис. 257) ножки плода согнуты в коленном и тазобедренном суставе; во вход таза одновременно с ягодичцами вступают и ступни (одна или обе).

При **ножных** предлежаниях предлежащей частью являются ножки. При этом, если предлежит одна ножка, имеется неполное ножное предлежание, если предлежат обе ножки, — полное ножное предлежание. В редких случаях, когда ножки согнуты в коленном суставе, последний может быть предлежащей частью — **коленное предлежание**. Обычно при родах коленное предлежание переходит в ножное.

Роды при всех перечисленных предлежаниях в конечном итоге протекают по типу ягодичных предлежаний. Однако чрезвычайно важно точно и своевременно распознавать их, так как при отсутствии достаточного навыка некоторые другие предлежания (локтевые, плечевые) могут быть приняты за ножные или коленные. Такая ошибка в дальнейшем течении родов может привести к роковым последствиям.

Причины тазовых предлежаний. Тазовые предлежания чаще встречаются при преждевременных родах, при родах двойнями. Предрасполагающими моментами считают многоводие, многоплодие, низкое прикрепление или предлежание детского места, неправильную форму матки, плохую растяжимость или, наоборот, чрезмерную растяжимость стенок матки.

Иногда плод из головного предлежания переходит в конце беременности в тазовое предлежание. Это наблюдается в случаях



Рис. 256. Чистое ягодичное предлежание.



Рис. 257. Смешанное ягодичное предлежание.

внутриутробной смерти плода, при значительном многоводии, когда подвижность плода больше, чем обычно.

Нередко, однако, встречаются тазовые предлежания и там, где ни одной из указанных предрасполагающих причин отметить не удастся.

До второй половины беременности плод чаще находится в тазовом предлежании.

ЯГОДИЧНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Данные наружного исследования. При ощупывании живота беременной и роженицы над входом в таз определяется крупная, мягковатая, бесформенная часть — ягодицы. Иногда удается ощущать под пальцами движение ножек плода. При попытках передвинуть предлежащие ягодицы перемещается одновременно все туловище плода; при ягодичном предлежании над входом прощупывается смещаемая, но не баллотирующая предлежащая часть. В таком положении ягодицы остаются до

начала родовой деятельности. Если ягодицы установились во входе таза, то при ощупывании одной или двумя руками (третьим и четвертым наружный прием) может иногда получиться ощущение твердой части, напоминающей головку.

В дне матки в области правого или левого подреберья прощупывается плотное, круглое, баллотирующее тело — головка; нередко при податливых стенках матки удастся пальцами руки обхватить головку. При достаточном количестве вод легким толчком пальца через стенку матки по головке плода последняя отталкивается и снова возвращается, как маятник, ударяя о палец. При ощупывании боковых стенок матки удастся определить спинку и мелкие части плода.

При ягодичных предлежаниях, как и при головных, различают по месту расположения спинки две позиции и два вида. При первой позиции головка обычно прощупывается в правом, при второй — в левом подреберье.

Сердцебиение плода (рис. 67) яснее прослушивается со стороны спинки, несколько выше пупка и ближе к головке, но его удастся прослушать и по всей длине спинки плода. Поэтому для правильного диагноза нужно отыскать место наилучшей слышимости сердцебиения плода.

Данные влагалищного исследования. До отхождения вод предлежащая часть, как указывалось, стоит высоко над входом и мало доступна исследованию. Иногда сквозь стенки нижнего сегмента матки или через оболочки плодного яйца прощупывается какая-нибудь мелкая часть, стопа или колено, подвижные и легко ускользающие из-под пальца. Исследование при целом плодном пузыре необходимо производить крайне бережно, чтобы не порвать его.

При ягодичных предлежаниях особенно важно дольше сохранить целостность пузыря.

После разрыва плодного пузыря распознать ягодичное предлежание значительно легче. Прощупываются две полушаровидные, мягкие наподобие «опухоли» ягодицы. Передняя ягодица (при первой позиции — это левая ягодица) опускается ниже. Позади нее можно прощупать часть второй ягодицы. Между ними, чаще в косом размере входа таза, прощупывается углубление — межъягодичная борозда, в одном конце заканчивающаяся задним проходом и копчиком, в другом — наружными половыми органами. При смешанном ягодичном предлежании прощупываются и ступни, что значительно облегчает установление диагноза.

Копчик и борозда между ягодицами — наиболее характерные опознавательные признаки ягодичного предлежания. По расположению копчика и по направлению межъягодичной борозды определяется позиция и вид. Если, например, копчик расположен слева кпереди, межъягодичная борозда — в правом косом размере, то имеется первая позиция, передний вид и т. д.

НОЖНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Распознать ножное предлежание после отхождения вод не трудно. Однако при высоком положении ножки ее можно смешать с ручкой. Чтобы отличить ручку от ножки, надо помнить следующее.

Ножка

Стопа соединяется с голенью под углом и обычно прижата к передней поверхности голени, почему выступает пяточный бугор. Над пяточным бугром по бокам прощупываются два толстых мышечка.

Пальчики стопы короткие, прилегают друг к другу, концы их расположены по одной линии в ряд.

Ручка

Кисть соединяется с предплечьем по прямой линии.

Пальчики разной длины, разведены, особенно удален большой палец. Часто при исследовании ручка плода захватывает исследующий палец.

Пяточный бугор может быть смешан с локтем, но при внимательном исследовании, если провести палец как можно выше, при ножном предлежании удастся ощупать стопу с пальчиками.

Коленные предлежания встречаются очень редко и при исследовании не представляют затруднений для их распознавания.

Влагалищное исследование необходимо производить последовательно, очень тщательно, отдавая себе ясный отчет в каждой прощупываемой части; при этом следует всячески стараться не нарушить целости плодного пузыря; в интересах роженицы исследование надо производить быстро.

В акушерских клиниках, где имеется рентгеновский кабинет, указанные трудности распознавания того или иного предлежания отпадают; рентгеновский снимок точно определяет, с каким положением и предлежанием мы имеем дело (рис. 69).

Течение беременности. Течение беременности при тазовом предлежании в общем не отличается от течения при головном предлежании. Однако для правильного ведения предстоящих родов необходим своевременный диагноз тазового предлежания.

Некоторые акушеры (Б. А. Архангельский, М. Б. Трубкович и др.) рекомендуют во время беременности переводить тазовое предлежание в головное путем наружного поворота (стр. 505). Этот профилактический поворот диктуется трудностью течения родов при тазовом предлежании и сравнительно высоким процентом смертности детей при этих родах.

Течение родов. Обычно при ягодичном предлежании родовая деятельность с самого начала отличается некоторой неправильностью — схватки неперiodичны и слабы. К началу родов ягодичи продолжают оставаться над входом. Открытие зева идет медленнее даже при целом плодном пузыре.

Само по себе высокое стояние предлежащих ягодичи чрезвычайно неблагоприятно для сохранения целости плодного пу-

зыря. При высоком стоянии ягодиц нет разделения вод на передние и задние; при каждой схватке в нижний сегмент плодного яйца устремляется под большим давлением большое количество околоплодных вод; оболочки не выдерживают давления и скоро разрываются. Поэтому при ягодичных предлежаниях в подавляющем большинстве случаев имеет место раннее, а иногда и преждевременное отхождение вод.

Несколько лучше обстоит дело при чистых ягодичных предлежаниях; в этих случаях предлежащие ягодицы раньше вставляются во вход.

Мягкие ягодицы не оказывают сильного давления на стенки нижнего сегмента, как это имеет место при предлежании головки, — этим отчасти объясняется слабая и неправильная родовая деятельность.

Особенно неблагоприятен для плода период изгнания.

При ягодичных предлежаниях чаще, чем при головных, встречается предлежание и даже выпадение пуповины, она сдавливается проходящим через костное кольцо туловищем плода, и младенцу угрожает внутриутробная асфиксия.

Далее мягкие ягодицы, опускаясь во влагалище, производят здесь сравнительно слабое и неравномерное растяжение стенок влагалища и тазового дна, вследствие этого и потуги слабы. Слабые схватки, вялые потуги — все это ведет к затяжному течению родов.

Механизм родов. Ягодицы, проходя через родовой канал, при правильном механизме проделывают движения, подобные движению плечиков при родах в головном предлежании.

Вступая во вход таза, предлежащие ягодицы несколько уменьшаются в объеме вследствие того, что одна из ягодиц опускается глубже. Это как бы соответствует сгибанию головки при затылочном предлежании. Опускаясь, ягодицы устанавливают своим межвертельным размером в поперечном, чаще в одном из косых размеров входа таза (рис. 257). При опущении происходит поворот туловища плода, наибольший размер ягодиц — размер между бедренными вертелами (9 см) — переходит постепенно в наибольший размер полости, а затем и выхода таза; ягодицы из поперечного размера входа переходят в косой размер полости и, наконец, в прямой размер выхода.

Достигнув тазового дна, ягодицы начинают растягивать его, а при дальнейшей родовой деятельности, установившись в прямом размере выхода, начинают врезываться (рис. 259). Первой показывается в половой щели «передняя» ягодица. Переднее бедро и таз плода, вследствие бокового сгибания туловища плода, подходят под симфиз и упираются в лонную дугу.

Задняя ягодица и бедро выпячиваются еще больше промежность и постепенно выкатываются над ней.

После прорезывания ягодиц туловище слегка поворачивается вокруг своей продольной оси спинкой кпереди и слегка влево

или вправо. В таком положении туловище прорезывается до плечевого пояса. Ручки, если они не запрокинуты, прижимаются к грудке и рождаются самостоятельно.

Нередко, вследствие недостаточности маточных сокращений, неправильного или поспешного извлечения туловища, происходит запрокидывание ручек, которые в этих случаях прилежат к боковым частям головки или даже запрокидываются за нее. Вследствие этого головка вступает в таз вместе с запрокинутой ручкой или ручками, что при обычном соотношении между размерами таза и головки крайне затрудняет и делает почти невозможным одновременное прохождение головки и ручек через костное кольцо входа. Головка надолго застревает во входе, плод может родиться мертвым. В таких случаях приходится прибегать к своевременному искусственному освобождению ручек (стр. 506).

Прохождение головки — наиболее важный и трудный момент во всем механизме изгнания плода при ягодичных предлежаниях. Большая опасность для плода таится именно в этом заключительном моменте изгнания, так как объем последующей головки больше объема других частей плода, уже прошедших через родовый канал.

Для благополучного рождения головки необходимо, чтобы она сделала сгибание и своим передне-задним размером вступила в поперечный размер входа таза, затем, оставаясь согнутой, повернулась в косой размер полости и, наконец, подойдя затылком к лонному сочленению, установилась в прямом размере выхода и прорезалась в выходе своим средним косым размером.

Затылочная часть подходит к симфизу, головка упирается подзатылочной впадиной в лонную дугу и извлекается обычно вращением ее вокруг лонной дуги. Из половой щели выходит сначала подбородок, рот, нос, а затем лоб.

Описанный механизм рождения головки почти никогда (особенно у первородящих) самостоятельно не происходит; приходится прибегать к ручному пособию.

Неправильности механизма родов при ягодичных предлежаниях. Для нормального течения механизма изгнания при ягодичных предлежаниях необходимо, чтобы спинка плода при ее прорезывании была обращена кпереди. Если спинка обращена кзади — задний вид, возможны следующие осложнения: 1) прижатие пуповины к лонным костям во время прорезывания верхней части туловища; 2) легче и чаще запрокидываются ручки; 3) самое же важное осложнение состоит в том, что последующая головка, вступая во вход таза в заднем виде, упирается подбородком в верхний край лонного сочленения (рис. 266) или в одну из горизонтальных ветвей лонных костей и в разогнутом положении не может пройти вход таза.



Рис. 258. Поло

Затягивание пл...
заявления угро...
к вмешательств...
момент).
Затягивая, что...
затягиваются внутр...
за проводить м...
е (стр. 224).
В начале перно...
л раствора сер...
здать возможн...
Период изгнан...
или на усто...
роды прово...
кровать, и...
В периоде из...
родимо послед...
Акушерство

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ЯГОДИЧНЫХ И НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

При ведении родов в ягодичном предлежании необходимо максимальное терпение и своевременное (быстрое) и умелое вмешательство при создавшихся показаниях. Течение периода раскрытия должно быть предоставлено силам природы; без соответствующих показаний никогда не следует вмешиваться. Нужно следить за опорожнением мочевого пузыря, за характером родовой деятельности. В случаях слабой и затяжной родовой деятельности в периоде раскрытия применяют один из методов стимуляции родовой деятельности (стр. 357).

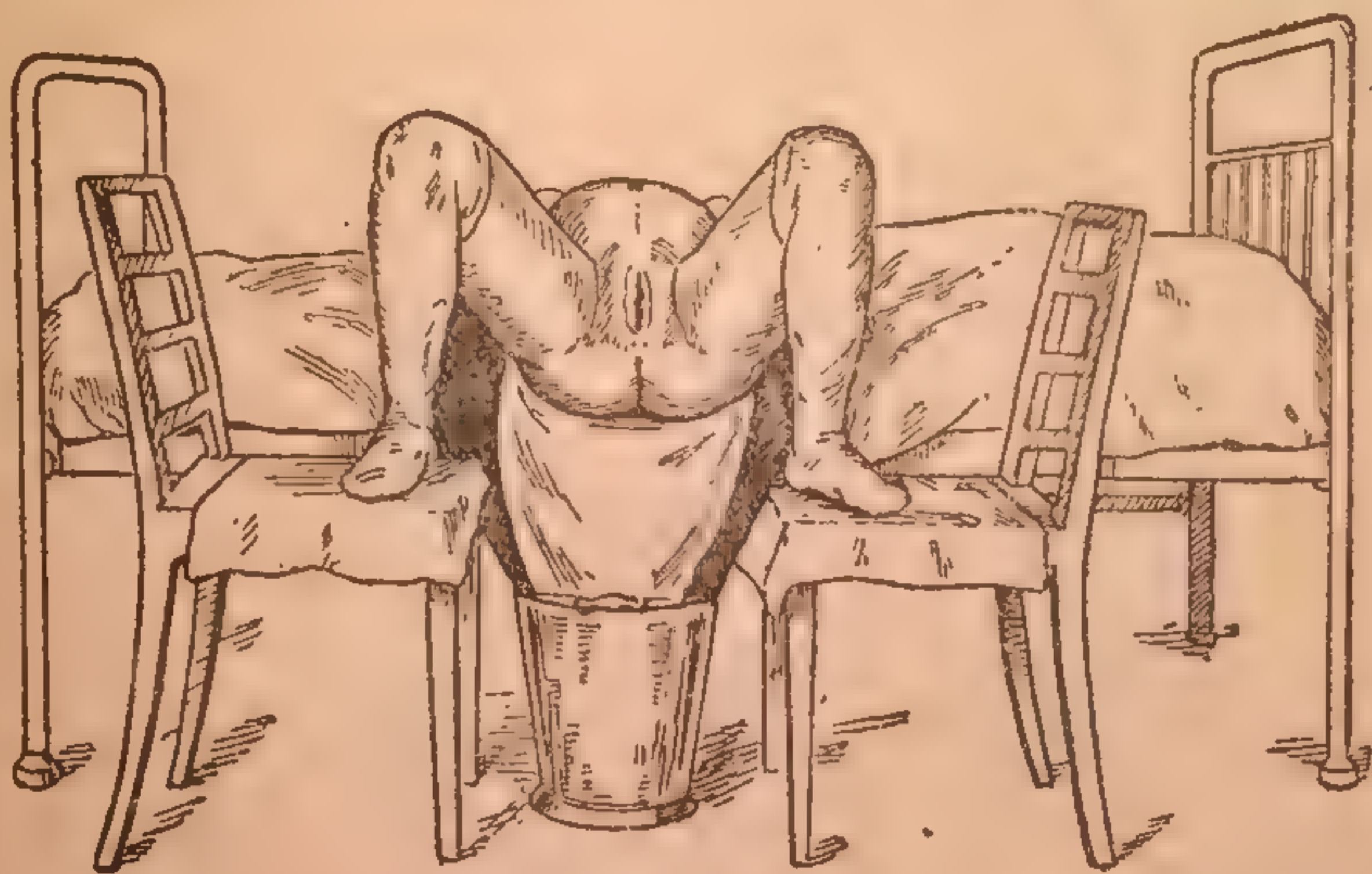


Рис. 258. Положение роженицы на поперечной кровати.

Сердцебиение плода необходимо выслушивать чаще; в случае появления угрожающей плоду опасности приходится прибегать к вмешательству (в зависимости от условий в каждый данный момент).

Учитывая, что роды в ягодичном предлежании плода чаще осложняются внутриутробной асфиксией, необходимо при таких родах проводить мероприятия, предупреждающие ее наступление (стр. 224).

В начале периода изгнания роженице вводят внутримышечно 1 мл раствора сернокислого атропина (1:1000), чтобы предупредить возможный спазм шейки матки.

Период изгнания необходимо проводить на поперечной кровати или на устойчивом столе, покрытом стерильной простыней. Если роды проводятся на дому, акушерка должна позаботиться, чтобы кровать, на которой лежит роженица, отодвигалась. Необходимо иметь наготове все для оживления новорожденного.

В периоде изгнания плода при ягодичном предлежании необходимо последовательно обращать внимание на следующие

моменты: 1) прорезывание ягодиц и выхождение туловища до пупочного кольца; 2) прорезывание от пупочного кольца до нижнего угла лопатки; 3) прорезывание плечиков и рождские ручек; 4) рождение головки.



Рис. 259. Врезывание ягодиц.

Роженица в этом периоде лежит на поперечной кровати с вытянутыми к животу бедрами. Можно сделать ногодержатель из большой простыни¹ (рис. 305—307) или поставить две табуретки или два стула, на которые роженица сможет опереться ступнями (рис. 258).

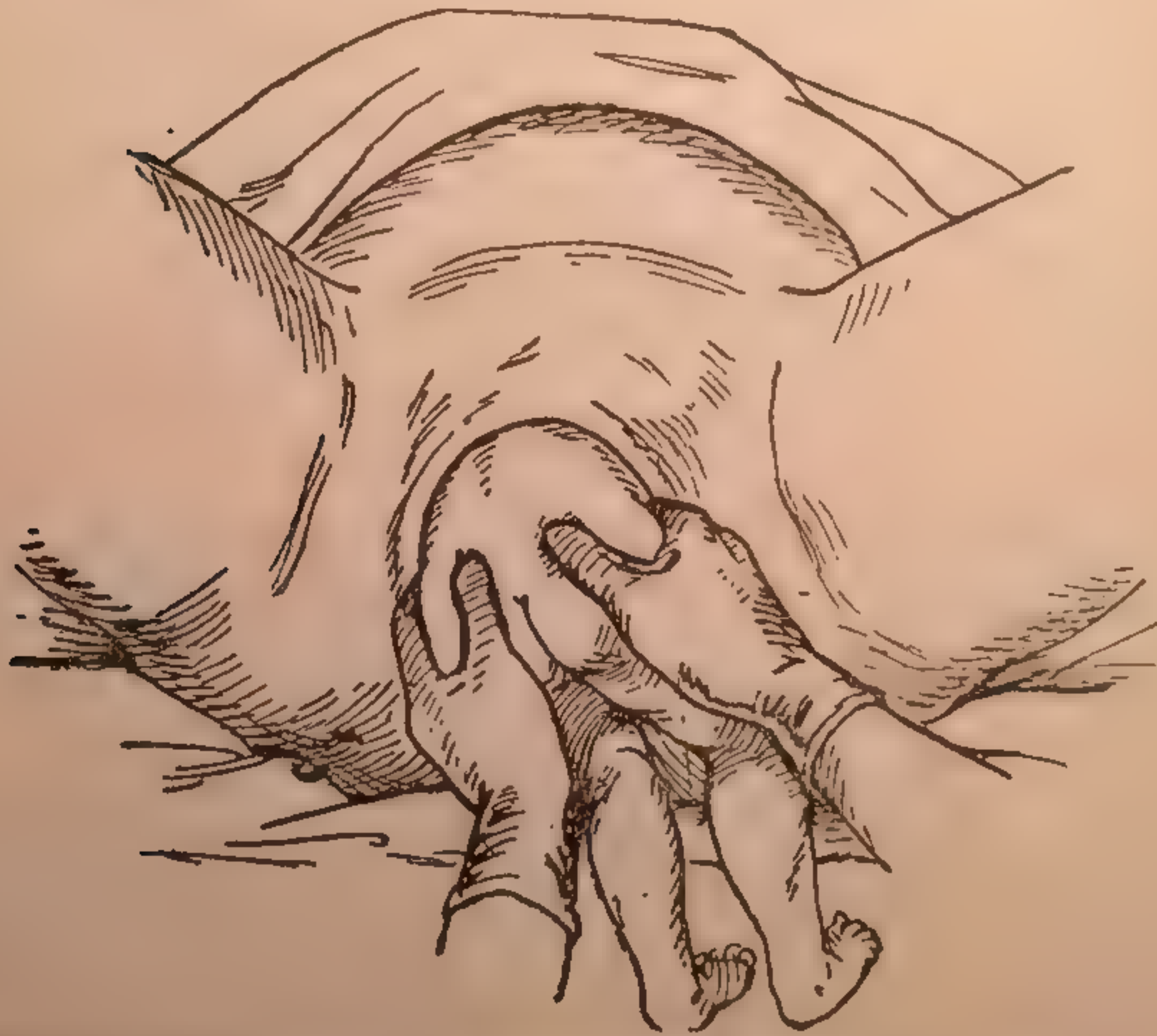


Рис. 260. Родившиеся ягодицы поддерживают руками.

Пока врезываются ягодицы (рис. 259), акушерка с тщательно вымытыми руками терпеливо выжидает. Особенно медленно протекает это врезывание у первородящих. Иногда после по-

¹ Двое берут большую простыню за противоположные по диагонали концы и сворачивают ее, закручивая в одну сторону в длинный жгут; середину этого жгута кладут под шею роженицы, а два конца завязывают под коленями, вытянутыми к животу (стр. 491).

явления под лонной дугой «передней» ягодицы проходит много времени, прежде чем снизу над промежностью покажется «задняя» ягодица. После этого «передняя» ягодица еще больше выходит из-под лона и нижняя часть туловища прорезывается за одну-две потуги. Обычно при смешанном ягодичном предлежании вместе с ягодицами рождаются и ножки. При прорезывании ягодиц обращают внимание на вид, в каком рождается плод.

В случае намечающегося заднего вида необходимо теперь еще, пока еще не поздно, перевести его в передний вид.

Как только туловище вышло до пупочного кольца, акушерка начинает поддерживать его, чтобы оно вследствие тяжести не свисало вниз. Для этого, накинув на родившуюся часть плода теплую стерильную пеленку, акушерка кладет большие пальцы на крестец плода, а остальными захватывает бедра спереди, причем указатель-

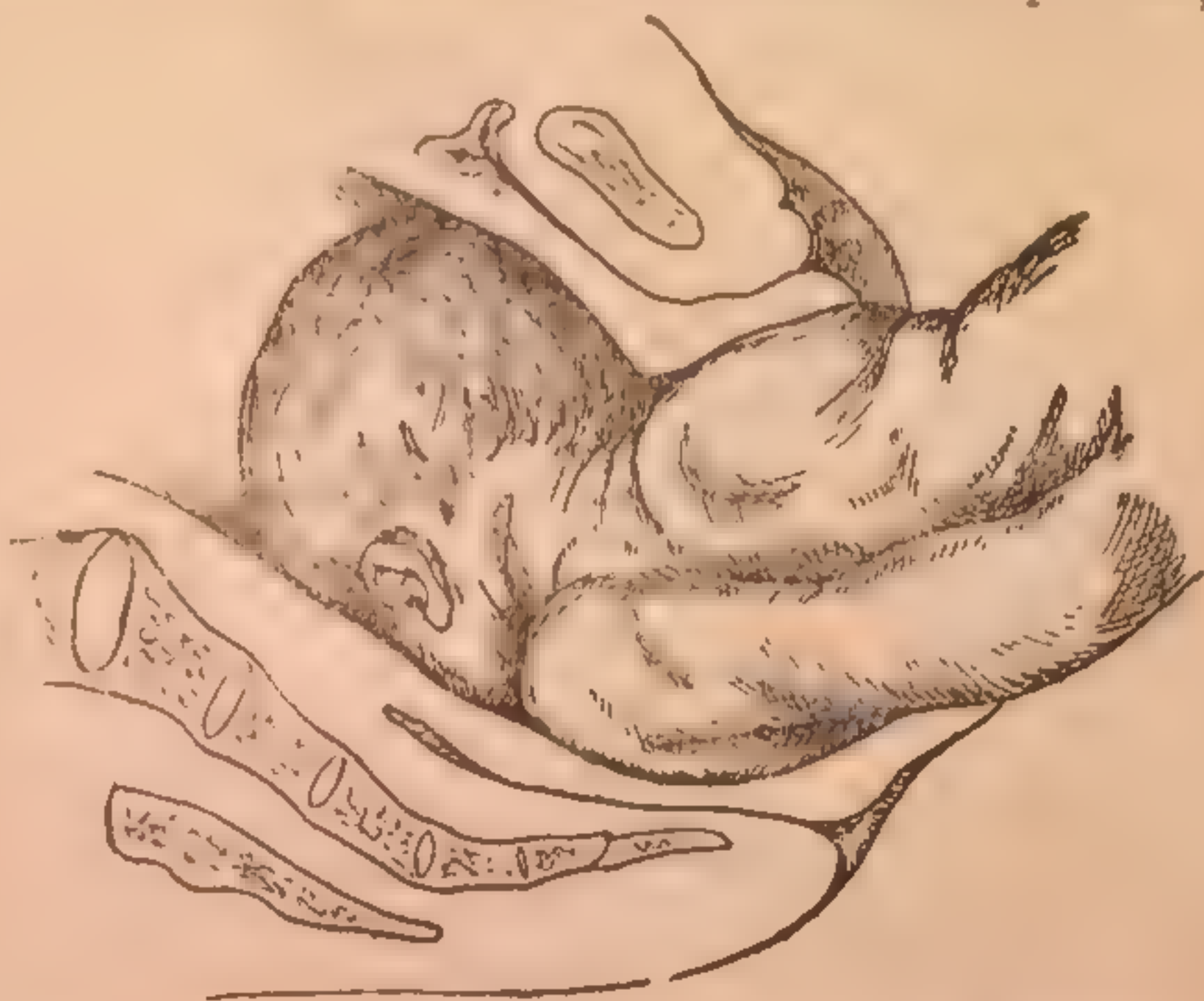


Рис. 261. Туловище родилось до нижнего угла лопаток.

ные пальцы ложатся на гребешки подвздошных костей (рис. 260). В таком положении необходимо держать плод в течение дальнейшего прорезывания туловища; никакие перемещения рук, потягивания, а равно давления на брюшную стенку, чтобы не повредить внутренних органов плода, недопустимы.

При прорезывании пупочного кольца необходимо осмотреть, в каком состоянии находится пуповина. Если пуповина свисает петлей и сосуды ее пульсируют, все обстоит пока благополучно. Иногда пуповина проходит между ногами плода, «плод сидит верхом на пуповине», что при дальнейшем выхождении туловища поведет к сильному натяжению пуповины и будет задерживать продвижение плода. В таких случаях прежде всего перекидывают петлю пуповины через ножку.

Если пуповина лежит нормально, но не свисает, необходимо слегка вытянуть ее. Иногда при потягивании не удается вытянуть петлю пуповины; здесь могут иметь место две возможности: или это зависит от того, что пуповина вообще короткая (абсолютная короткость), или это вызвано обвитием ее, иногда многократным, вокруг шеи плода (относительная короткость). Практически одинаково опасна и абсолютная, и относительная короткость, ибо при дальнейшем извлечении плода вследствие натяжения пуповины резко суживается просвет сосу-

дов пуповины, что чрезвычайно затрудняет плацентарно-плодовое кровообращение; кроме того, возможен или обрыв пуповины, или преждевременная отслойка детского места. В подобном случае следует перевязать или, лучше, для быстроты зажать пуповину в двух местах заранее приготовленными прокипяченными зажимами и перерезать между ними. Сделав это, необходимо поторопиться с извлечением плода, так как плацентарное кровообращение прекратилось и плод начинает делать дыхательные движения.



Рис. 262. С момента появления в половой щели нижнего угла лопатки оказывают ручное пособие.

Если пуповина свисает петлей или легко вытягивается, роды и дальше представляют естественному течению до тех пор, пока не покажется нижний угол лопатки (рис. 261).
Теперь необходима помощь акушерки. Обеими руками берут за бедра или за ксицы вытянутых ножек и поднимают туловище младенца вверх и в сторону; при таком приеме над промежностью легко выпадает ручка, если она не была запрокинута. После этого туловище поворачивают в сторону животика так, чтобы плечо, бывшее до этого под симфизом, оказалось внизу, и тогда со стороны промежности легко рождается вторая ручка (рис. 262).

При первой позиции, например, следует поднять туловище вверх к правому бедру роженицы, тогда над промежностью рождается правая ручка. При второй позиции младенца приподнимают влево, вверх. В неосложненных случаях иногда верхняя ручка освобождается сама, нередко даже раньше нижней. Если ручки не выпадают самостоятельно или если они оказываются запрокинутыми, приходится прибегать к искусственному освобождению их (стр. 506).
После рождения ручек приступают к извлечению головки. У многорожавших рождение последующей головки происходит обычно легко (почти самостоятельно). У первородящих этот момент родов самый ответственный по трудности выполнения и по своим последствиям.

После прорезывания
зачать благополучно
считать только
цветок.

Последующая
затягивает пуповину
затягивает вартонов
затягивает или бок
плацентарное
плода начина
неправильности
кое учащение,
стойкое
30—90 ударов
признак наст
кни. В тех сл
пуповина богат
студнем, когда
таз по отноше
головке и пуп
затягивается в под
всей впадине,
быть неполным
ное кровообраще
рушается.

Способ
ния голов
и 265). После
предплечье
ли — на лев
вводят указа
обычно обра
прижимают
зательным и
сторонам ше
лении родов
слегка гори
нии; это пр
нажимает н
Не след
лу, в проти
дел позвоно
шею». Когда
показался
над проме
лец, темя.
получить о

Пока пререзывается нижняя часть туловища, все идет относительно благополучно. Следя за сердцебиением плода, мы можем отметить только обычные колебания в его частоте, зависящие от схваток.

Последующая головка при вступлении ее во вход таза придавливает пуповину к стенкам таза. Если пуповина тонка и бедна вартоновым студнем, особенно же если она лежит у передней или боковой стенки таза, то сдавление бывает сильным, и плацентарное кровообращение нарушается. В сердцебиении плода начинают отмечаться неправильности: сначала резкое учащение, а затем внезапное стойкое замедление до 100—90 ударов в минуту. Это признак наступающей асфиксии. В тех случаях, когда пуповина богата вартоновым студнем, когда имеется емкий таз по отношению к данной головке и пуповина располагается в подвздошно-крестцовой впадине, сдавление может быть неполным, и плацентарное кровообращение мало нарушается.



Рис. 263. Прохождение последующей головки.

Способ освобождения головки (рис. 263, 264 и 265). После рождения ручек младенца «сажают верхом» на предплечье руки, одноименной с позицией (при первой позиции — на левое предплечье, а при второй позиции — на правое), вводят указательный палец этой руки в рот младенца, который обычно обращен к правой или левой стенке таза, и осторожно прижимают подбородок к груди. Вилообразно-согнутыми указательным и средним пальцами другой руки, положенными по сторонам шеи на плечи младенца, извлекают головку в направлении родовой оси таза. Тракции необходимо делать сначала слегка горизонтально, а затем вверх в вертикальном направлении; это прием Морисо-Левре. Лучше, если помощник при этом нажимает на головку сверху над лоном.

Не следует при извлечении применять слишком большую силу, в противном случае имеется риск растянуть шейный отдел позвоночника плода и получить так называемую «гусиную шею».

Когда затылок уже подведен под лонное сочленение и рот показавшийся в половой щели, туловище плода поднимают кверху и над промежностью выводится подбородок, личико, лоб и, наконец, темя. Последний прием не следует форсировать, чтобы не получить очень большого разрыва промежности.

Чтобы оказывать меньшее давление на промежность и одновременно следить за ней, можно приподнять плод вверх за обе ножки той рукой, которая лежит на плечах; другая рука остается.

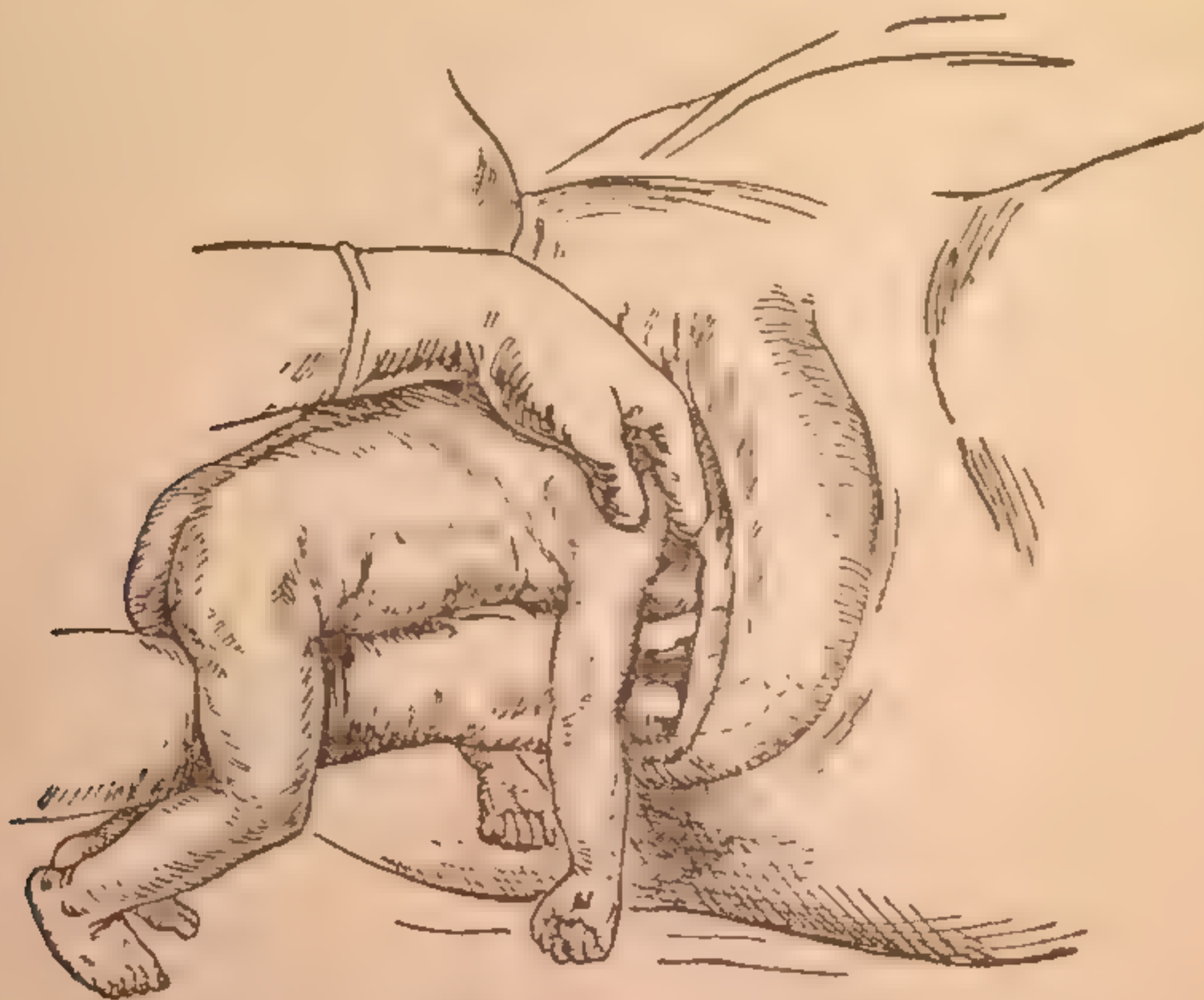


Рис. 264. Освобождение головки. Первый момент.



Рис. 265. Освобождение головки. Второй момент.

ся на прежнем месте и, оттягивая подбородок находящимся во рту пальцем, медленно и осторожно регулирует прорезывание головки.

Головка должна только тогда выкатываться над промежностью, когда подзатылочная часть ее установится под лонной

дугой. В этом случае наибольший размер прорезывания головки будет малый или средний косой (9—10 см). В противном случае, если в лонную дугу упирается затылок, головка должна будет прорезываться своим большим косым размером, затылочно-подбородочным (13 см), и разрыв промежности неминуем.

В последний момент извлечения головка иногда может встретить затруднение со стороны мягких частей, со стороны промежности, особенно у старых первородящих. Объясняется это, с одной стороны, неподатливостью тазового дна, с другой — спазматическим сокращением его. Поэтому очень часто извлечение последующей головки у первородящих сопровождается разрывом промежности. Во избежание указанных осложнений необходимо в периоде изгнания заранее, как было указано, ввести подкожно 1 мл раствора 1 : 1 000 сернокислого атропина, а при прорезывании головки в некоторых случаях произвести перинеотомию (стр. 498) или эпизиотомию.

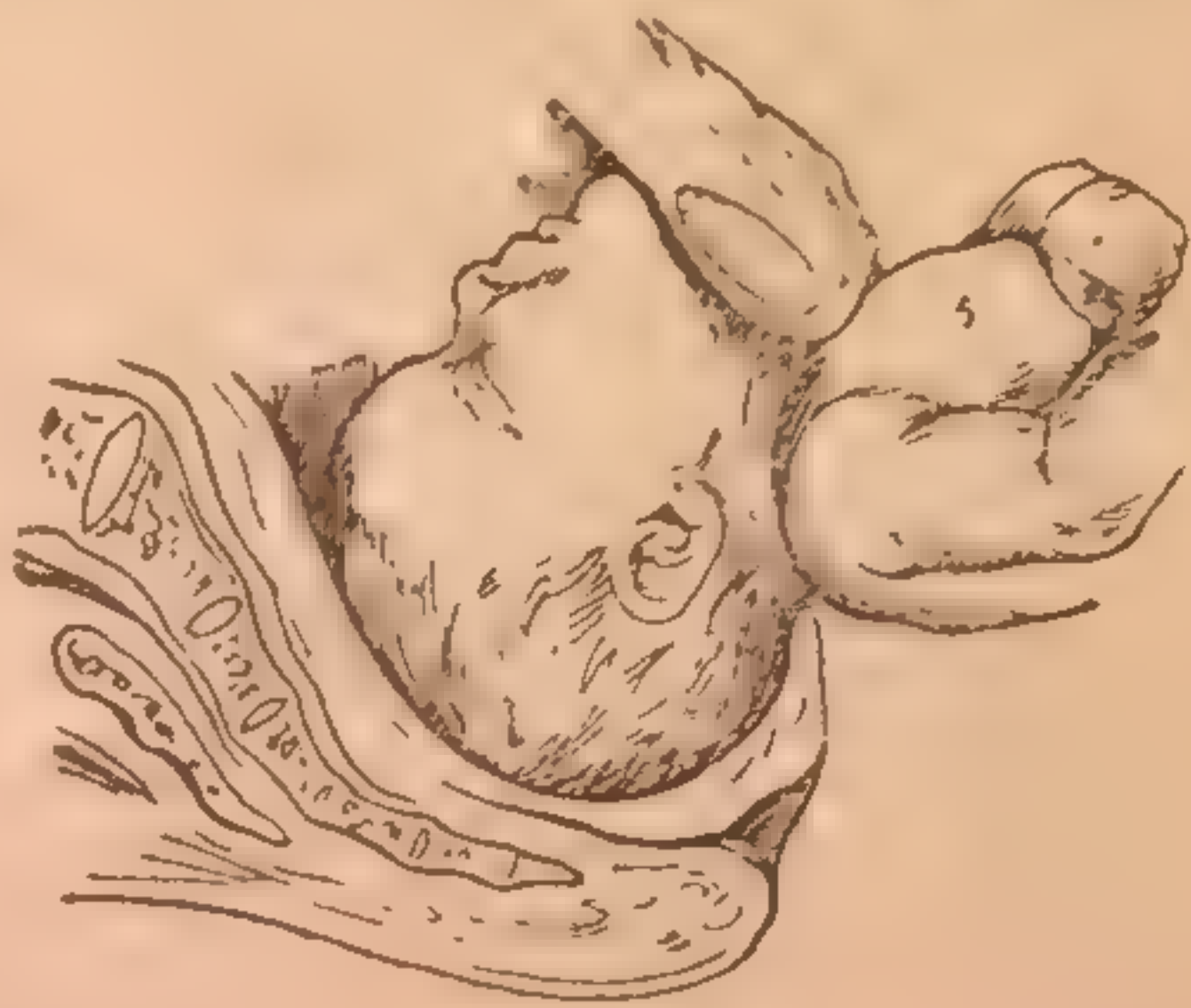


Рис. 266. Задний вид. Подбородок нависает на симфиз.

Проходя сравнительно быстро весь родовой канал, головка рождается обычной формы, без родовой опухоли. Однако нередко образуются кефалогематомы и внутричерепные кровоизлияния (стр. 277).

Механизм родов при смешанном ягодичном, при ножных и коленных предлежаниях тот же, что и при чистом ягодичном предлежании. Следует помнить, что ножка может показаться из влагалища, а полного открытия зева шейки матки еще нет, поэтому с окончанием родов не следует торопиться. Родившуюся ножку следует закрыть теплой стерильной пеленкой и предоставить роды их естественному течению, следя за сердцебиением плода и проводя мероприятия, предупреждающие асфиксию плода (стр. 224).

Выпадение во влагалище и нередко рождение наружу ножки является неблагоприятным моментом для плода, так как происходит механическое раздражение и охлаждение ножки плода. В результате этого могут наступить преждевременные дыхательные движения плода, что приводит к асфиксии и нередко к смерти его.

При ножных предлежаниях ножка нередко опускается во влагалище и показывается из половой щели, когда еще нет полного открытия зева. Дальнейшие поступательные движения при неполном открытии зева, как правило, сопровождаются запрокидыванием ручек. Неполностью открытый зев, запрокинувшиеся ручки задерживают прохождение головки — в результате плод

нередко погибает. Роды при ягодичном и особенно при смешанном и ягодичном и ножном предлежании плода дают большой процент внутриутробной асфиксии и смерти плода.

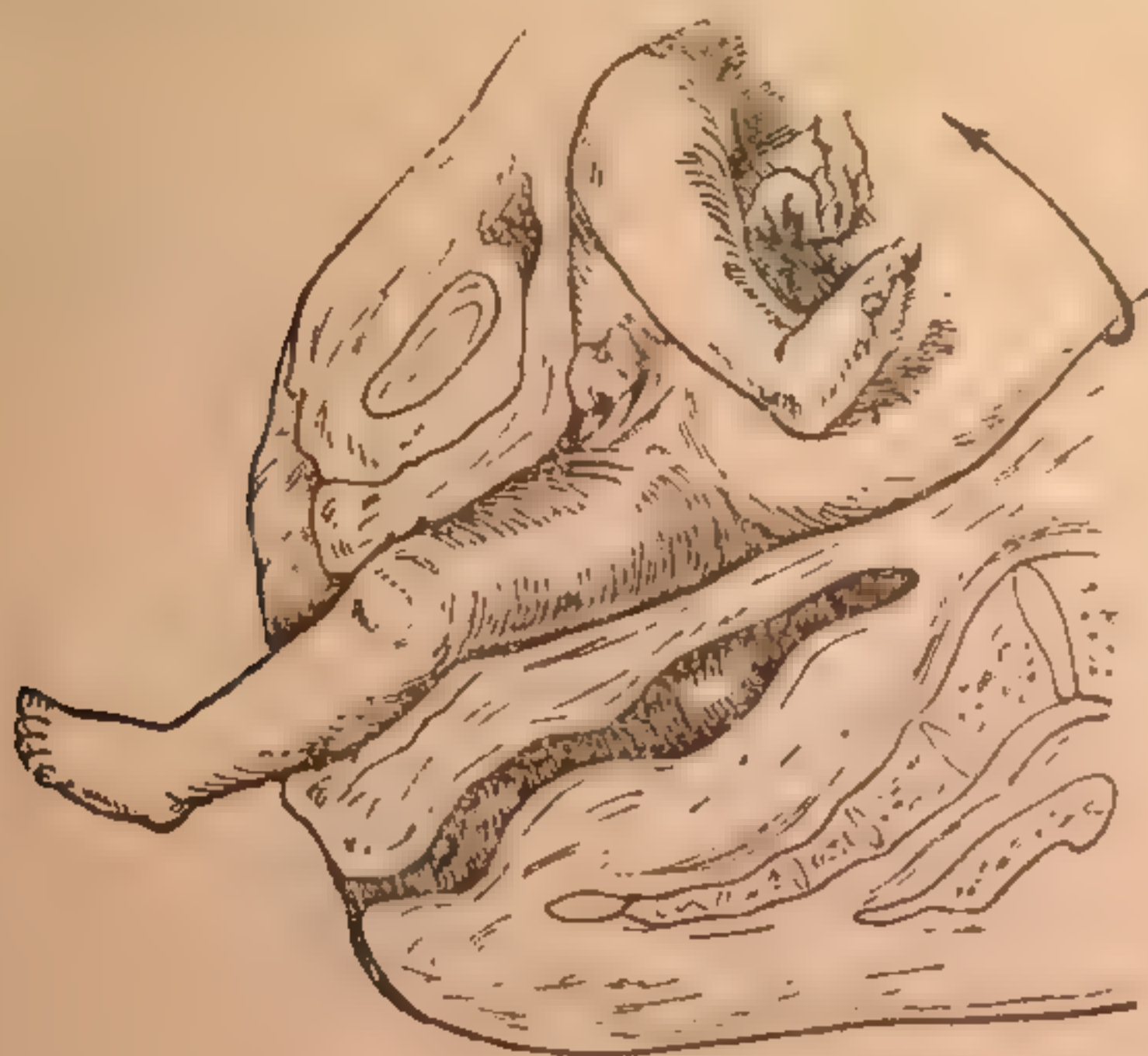


Рис. 267. Родившаяся ножка обращена пальчиками вверх (задний вид ножного предлежания).

Ведение родов при заднем виде тазовых предлежаний. Вначале было указано, что задний вид тазовых предлежаний представляет серьезное осложнение для рождения последующей головки (рис. 266).

Обычно в таких случаях, с самого начала прорезывания ягодиц, пока головка и часть туловища находятся еще в полости матки, прибегают к переводу заднего вида в передний, поворачивая туловище спинкой кпереди.

Если родившаяся ножка пальчиками обращена кпереди (рис. 267 и 268), то, обхватив голень рукой, потягивают ножку вниз и одновременно осторожно вращают ее в сторону большого пальца. При таком приеме вторая ягодица вместе с другой ножкой уходит в крестцовую впадину и легко совершается переход из заднего вида в передний. При чистом ягодичном предлежании в подобных случаях необходимо, как только ягодицы прорежутся, слегка вращать их так, чтобы крестец повернулся или вправо вверх, или влево вверх, смотря

При ведении неосложненных родов в ягодичном предлежании плода не следует вмешиваться, пока не покажется нижний угол лопатки. Всякое преждевременное потягивание за туловище ведет к нарушению нормального членорасположения; ручки запрокидываются, подбородок отходит от груди и головка попадает в неблагоприятное положение.

К ручному пособию следует прибегать только после того, как покажется нижний угол лопатки.



Рис. 268. Осторожным вращением за ножку в сторону большого пальца переводят задний вид в передний.

по позиции. Приступать к указанному приему после рождения туловища уже бывает поздно, так как головка к этому времени вступила во вход таза.

РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ЧИСТОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА

Советский акушер Н. А. Цовьянов, учитывая часто встречающиеся осложнения при родах в ягодичном предлежании плода.

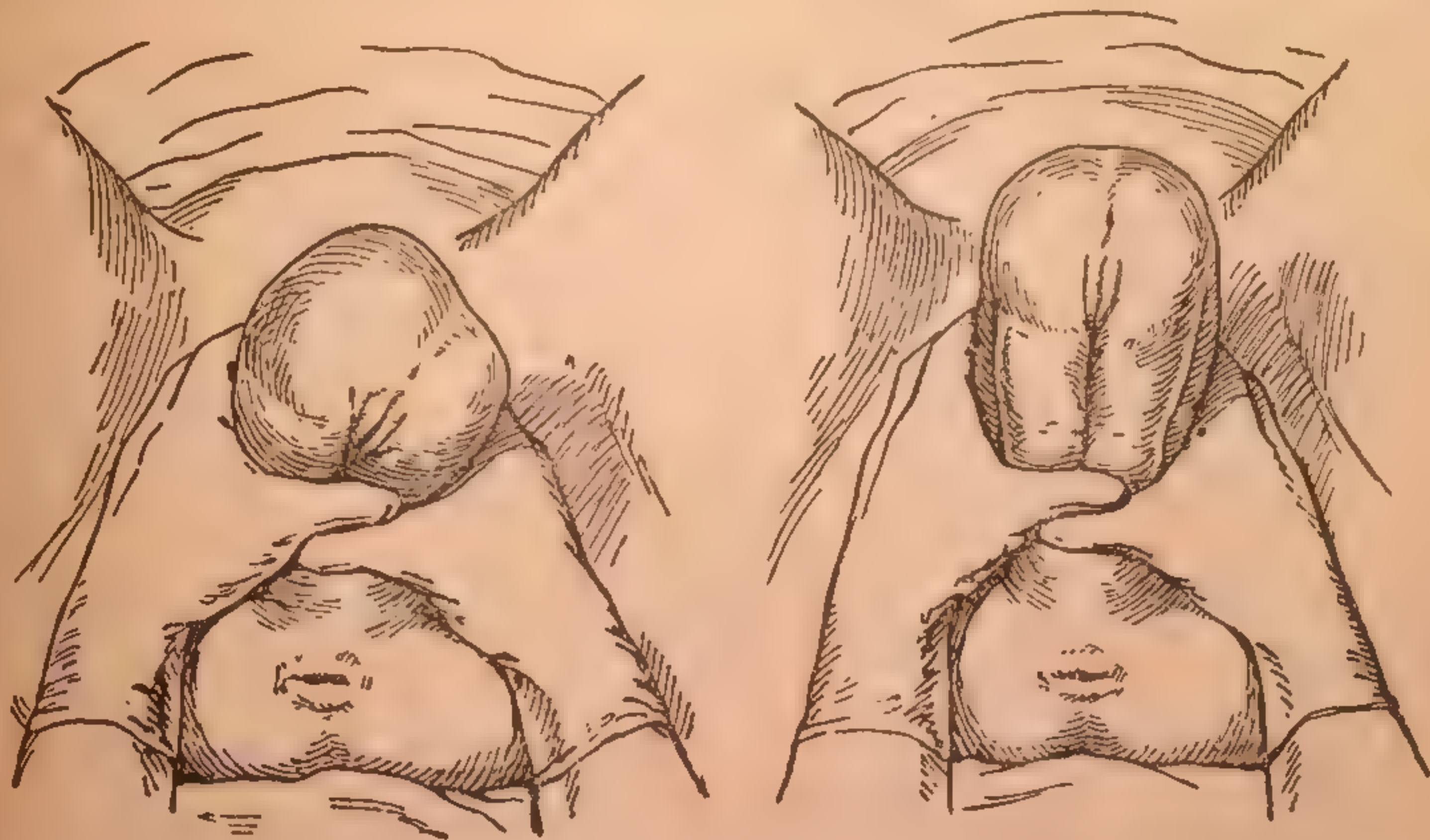


Рис. 269 и 270. Пособие по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании.

предложил (1929) свой метод оказания ручного пособия при родах в чистом ягодичном предлежании плода. В целях предупреждения запрокидывания ручек и связанных с этим тяжелых осложнений Цовьянов рекомендует следующее.

Ягодицы пререзываются в прямом размере выхода таза. Ягодицы вращаются на 90° , спинкой вверх, и плод рождается винтообразно. Пререзывание необходимо до пупочного кольца; с момента пререзывания необходимо поддерживать ягодицы, чтобы они, вследствие собственной тяжести, не провисали (рис. 269). В дальнейшем ожидают схватку и, поддерживая и не изменяя направления идущих вверх ягодиц, строго следуя механизму родов, способствуют рождению верхней половины туловища плода (рис. 270).

Для поддержания туловища обхватывают ягодицы плода так, чтобы большие пальцы обеих рук располагались по задней поверхности прижатых к брюшной стенке ножек, а остальные четыре пальца обеих рук — на крестцовой поверхности.

(рис. 269 и 270). По мере рождения туловища руки в указанном положении передвигают, располагая большие пальцы у задней спайки влагалища. Большими пальцами прижимают ножки к брюшной стенке и сохраняют их вытянутыми по длине плода, не давая им выйти раньше, чем родится плечевой пояс. Подобным расположением рук ослабляется пружинящее действие ножек, предупреждается запрокидывание ручек и облегчается выход последующей головки. Такой прием способствует продвижению ягодиц вверх соответственно вытянутой кверху выходной трубке влагалища.

К моменту прохождения плечевого пояса в глубине влагалища оказываются ручки, скрещенные на груди; подбородок плода пригнут. Обычно ручки выпадают сами; если же этого не происходит, то акушерка, сохраняя прежнее положение своих рук, устанавливает плечевой пояс в прямом размере выхода и отклоняет родившееся туловище книзу, чем освобождается изпод симфиза верхняя ручка, а затем приподнимает туловище кверху, и нижняя ручка самостоятельно выходит над промежностью.

Головка при методе Цовьянова освобождается так же, как описано выше (стр. 405), приемом Морисо-Левре; иногда головка сравнительно легко рождается и без этой помощи. Ведение родов по методу Цовьянова дало резкое снижение мертворождаемости.

РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА

Учитывая тяжелые осложнения для плода (запрокидывание ручек, ущемление головки), встречающиеся особенно при родах в ножных и коленных предлежаниях, Н. А. Цовьянов с целью предупредить эти осложнения предложил особый прием ведения родов при указанных предлежаниях: не выпускать ножки из влагалища до полного раскрытия зева.

Для этого наружные половые органы покрывают стерильной пленкой и вплотную приставленной к наружным половым органам ладонью задерживают ножки во влагалище. При этом плод, продвигаясь по родовому каналу, оказывает значительное давление на нервное крестцовое сплетение, усиливая сократительную и потужную деятельность, в результате чего раскрывается полностью шейка матки, расправляются стенки влагалищных сводов. Указанным приемом удерживают ножки до полного раскрытия наружного зева (рис. 271); степень раскрытия маточного зева определяется на основании сопоставления данных предварительно произведенного влагалищного исследования, на основании силы напряжения промежности и вульвы, появления зияния отверстия прямой кишки и высоты стояния пограничного кольца.

Противодействие, оказываемое ладонью поступающей предлежащей части плода, ведет к растяжению промежности и ши-

...руки
...на
...пальцы
...этого
...допускает
...в течен
...оне, врач
...каждой схв
...сегмента м



Рис. 27

При н
по Цовья
нять его
И с х
нии связ
разрывае
разрывы
ном изв
опасное
Затяж
вод и не
ся втори
ксия пл
гать к
и связ
матки с
родах в
partu)
нормал

рокому раскрытию половой щели роженицы, при этом ножки плода, несмотря на противодействие их продвижению, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушерки. Наступление этого момента указывает на полное открытие маточного зева и допускает беспрепятственное изгнание плода.

В течение всего времени, пока оказывается описанное пособие, врач и акушерка контролируют сердцебиение плода после каждой схватки и тщательно наблюдают за состоянием нижнего сегмента матки.

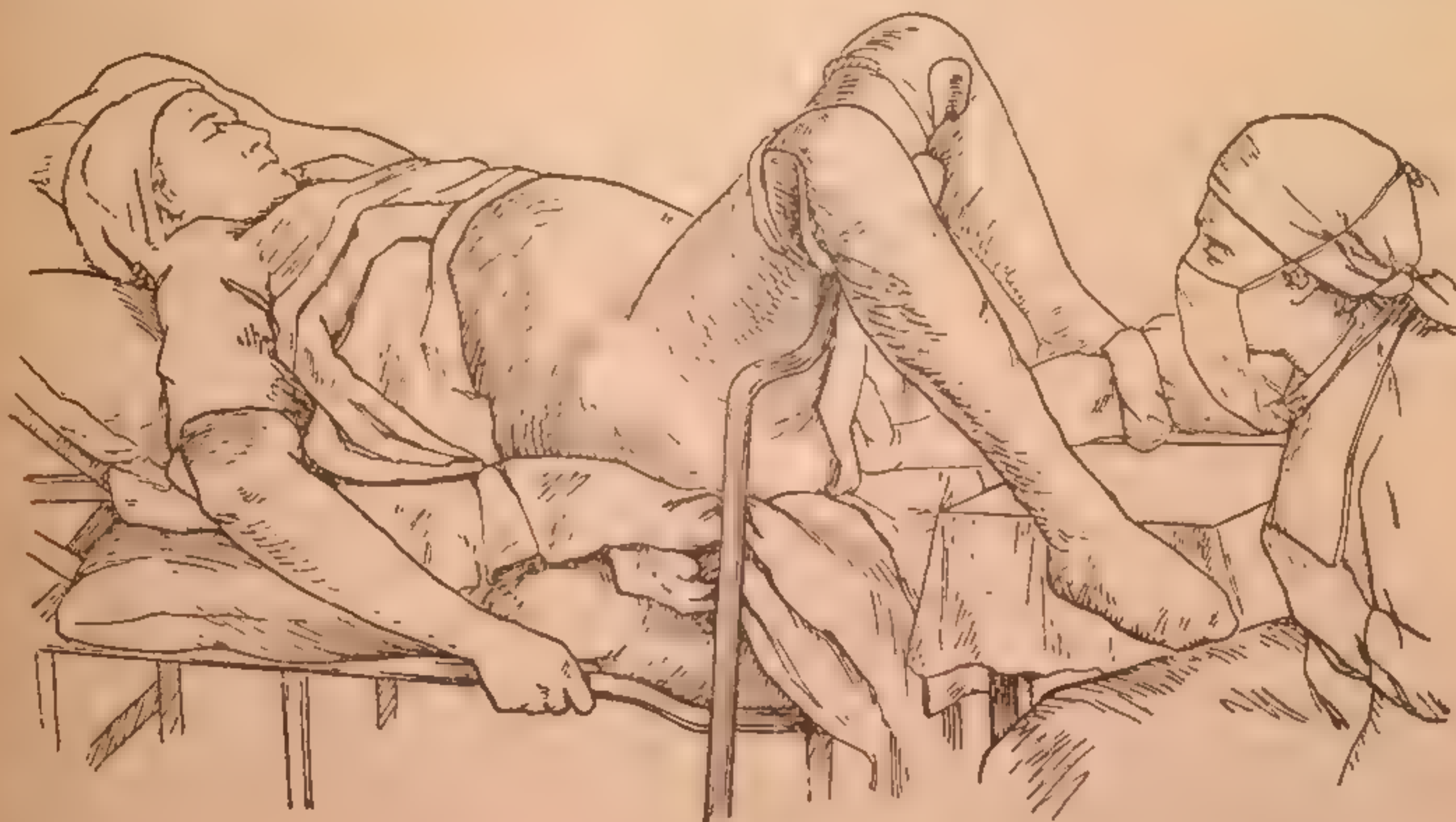


Рис. 271. Противодействие, оказываемое ладонью при ножном предлежании плода в момент потуги.

При ножных и коленных предлежаниях описанное пособие по Цовьянову должен оказывать врач; акушерка может применять его только в присутствии и под контролем врача.

Исход родов. Для матери роды в тазовом предлежании связаны с большой травмой родовых путей. Очень часто разрывается промежность, а при малом опыте акушерки эти разрывы достигают значительных размеров. При форсированном извлечении возможны разрывы шейки, дающие сильное и опасное для жизни матери кровотечение.

Затяжной характер родов, связанный с ранним отхождением вод и неправильной родовой деятельностью, нередко кончающийся вторичной родовой слабостью, частая внутриутробная асфиксия плода — все это заставляет сравнительно нередко прибегать к оперативному вмешательству. Долгий безводный период и связанная с этим возможность восходящей инфекции в полость матки обуславливают большой процент развивающихся еще при родах воспалений внутренней оболочки матки (endometritis sub partu) и больший процент послеродовых заболеваний, чем при нормальных родах.

Для плода роды в тазовых предлежаниях при обычном их ведении представляют нередко угрозу для жизни.

В этом отношении метод Цовьянова заслуживает широкого применения; при нем осложнения и детская смертность очень незначительны.

В отдельных случаях, учитывая изложенное, при настойчивом желании роженицы иметь живого ребенка, при наличии некоторого сужения таза (и особенно это относится к пожилым первородящим), при тазовых предлежаниях применяют даже кесарево сечение.

Как правило, женщина со своевременно распознанным тазовым предлежанием плода должна быть направлена для родов в стационар. Своевременный отбор женщин с этим видом патологии является одной из задач акушерки, работающей на участке.

Глава XXIV

ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Если направление продольной оси плода не совпадает с продольной осью матки, положение называют поперечным или косым (рис. 69в и 272). Поперечное положение встречается приблизительно один раз на 100 родов.



Рис. 272. Поперечное положение (первая позиция, передний вид). Период раскрытия. Плодный пузырь цел; передние воды свободно сообщаются с задними.

Причины образования поперечного положения. Все, что понижает устойчивость плода в матке, а значит, увеличивает его подвижность в полости матки, благоприятствует созданию поперечного или косого положения. Поперечное положение встречается чаще у повторнородящих и особенно у многорожавших при легко растяжимых стенках матки, что не мешает плоду, расположившись в косом положении, сохранить его до конца беременности и даже при родах.

Часто при двойне один плод располагается продольно, а другой — в поперечном или косом положении.

Многоводие влечет за собой значительное растяжение маточной стенки — образуется большая полость, что благоприят-

ствует большей подвижности плода и созданию поперечного или косого положения.

Неправильная форма матки, при которой ширина ее больше длины, как, например, седлообразная матка (*uterus arcuatus*), тоже способствует образованию поперечного положения плода.

Опухоли в области нижнего сегмента матки и тазового входа или предлежание детского места могут препятствовать установлению предлежащей части плода во входе и способствовать созданию поперечных положений. Сюда же следует отнести узкий таз, при котором головка не может установиться во входе и легче отклоняется в сторону.

Поперечные и косые положения встречаются нередко при преждевременных родах и при мертвом плоде.

Распознавание поперечного положения. Во время беременности и в течение родов при целых водах поперечное положение можно определить путем наружного исследования живота беременной и роженицы.

Уже в конце беременности обращает на себя внимание неправильная форма живота и матки, которая растянута в поперечном или косом направлении. Дно матки стоит ниже, чем в тот же срок беременности при продольном положении плода.

В более ранние сроки беременности (6—8 лунных месяцев) установить диагноз поперечных положений наружными приемами не представляет затруднений, но такой ранний диагноз большого практического значения не имеет. Об этом не следует говорить беременной, так как очень часто поперечное положение в дальнейшем совершенно самостоятельно изменяется к концу беременности в продольное, а такой диагноз может произвести неприятное впечатление на женщину. За такой беременной необходимо установить более тщательное наблюдение.

Через боковые стенки матки прощупываются части плода; с одной стороны, чаще в одной из подвздошных областей, прощупывается плотная, круглая, баллотирующая головка плода; с противоположной стороны прощупывается другая крупная часть, небаллотирующая, — ягодицы. Между этими крупными частями определяется спинка плода.

У входа таза предлежащей части не оказывается, и рука свободно уходит в глубину, достигая нередко мыса крестца.

Сердцебиение плода прослушивается обычно на уровне пупка. Ближе к той стороне, где находится головка. По мере удаления от головки к ягодицам плода сердцебиение прослушивается глуше.

Влагалищное исследование. В большинстве случаев для установления диагноза поперечных положений во время беременности бывает вполне достаточно наружных методов исследования. Там же, где этого недостаточно, прибегают к влагалищному исследованию, при котором сквозь тонкие стенки нижнего сегмента матки констатируют отсутствие предлежащей

части, а иногда ощущают какую-нибудь мелкую часть плода — ручку, плечо, ножку.

При многоводии, при очень растянутых и напряженных стенках матки труднее наружным исследованием определить поперечное положение. В этих случаях нередко и данные влагалищного исследования могут оказаться недостаточными, особенно у многорожавших, у которых и при продольном положении головка до наступления родов продолжает оставаться высоко над



Рис. 273. Поперечное положение. После отхождения вод. Наружный зев после отхождения вод несколько спадается.

входом. Только повторные наружные исследования, внимательное выслушивание сердцебиения плода могут помочь определить положение плода; в противном случае положение определяется с наступлением родов или тотчас же после отхождения вод.

Заблаговременный точный диагноз можно установить и путем рентгенографии.

С наступлением родов наружное исследование дает менее ценные данные, чем во время беременности. Матка энергич-

но сокращается, стенки ее напряжены; с отхождением вод уменьшается объем полости матки, плод сжимается, головка пригибается, подвижность ее крайне ограничена; труднее прощупать части плода. Третьим или четвертым наружным приемом у входа в таз не прощупывается предлежащая часть плода, а если прощупывается, то какая именно — трудно определить.

В этих случаях необходимо произвести влагалищное исследование.

После отхождения вод можно прощупать опустившееся во вход плечико плода (рис. 273) или обнаружить во влагалище выпавшую ручку плода или петлю пуповины. Если в родовых путях обнаружена ручка и исследующий палец не ощущает в тазовом входе головки, это с несомненностью указывает на поперечное положение.

При выпадении во влагалище ручки, согнутой в локтевом суставе, возможно смешать таковое с коленным предлежанием. Локоть, менее объемистый, обычно вдается низко во влагалище и отличается от колена наличием локтевого отростка, плечевого мыщелка и локтевого сгиба.

Установившееся во входе таза плечико можно смешать с ягодичными.

Для плеча характерными признаками являются подмышечная впадина, ключица, лопатка, а самое главное — «межреберная решетка», т. е. ряд выпуклостей и углублений, расположенных параллельно, подобно перекладинам решетки.

Позиция при поперечных положениях определяется по месту нахождения головки: головка слева — первая позиция, головка справа — вторая позиция.

По предлежащему плечу легко можно определить позицию и вид данного поперечного положения: головка находится на той стороне, где замыкается подмышечная впадина. Положение ключицы и лопатки, смотря по тому, что лежит впереди и что сзади, определяет вид. Например, если подмышечная впадина замыкается вправо и спереди прощупывается лопатка, значит, имеется вторая позиция, передний вид.

При выпадении ручки можно и без влагалищного исследования определить позицию и вид поперечного положения.

Прежде всего в подобных случаях необходимо предварительно убедиться в том, что выпавшая ручка не вывихнута и не переломана (что могло быть сделано бабкой, пытавшейся вправить ручку). Вывихнутая ручка и особенно ручка с переломом плеча или предплечья свисает, как плеть, и на ней имеются следы попыток вправления (кровоизлияния, царапины и ссадины).

Для определения, какая (правая или левая) ручка выпала, можно пользоваться тремя способами.

1. Одной из своих рук акушерка придает такое же положение, какое имеет выпавшая ручка; та рука, кисти которой удалось придать точное положение выпавшей ручки, и будет ей соответствовать.

2. Повернув выпавшую ручку ладонью кверху, можно по направлению ее большого пальчика определить, какая это ручка: если, например, при обращенной кверху ладони большой пальчик обращен к левому бедру матери, — это левая ручка, и наоборот (рис. 274).

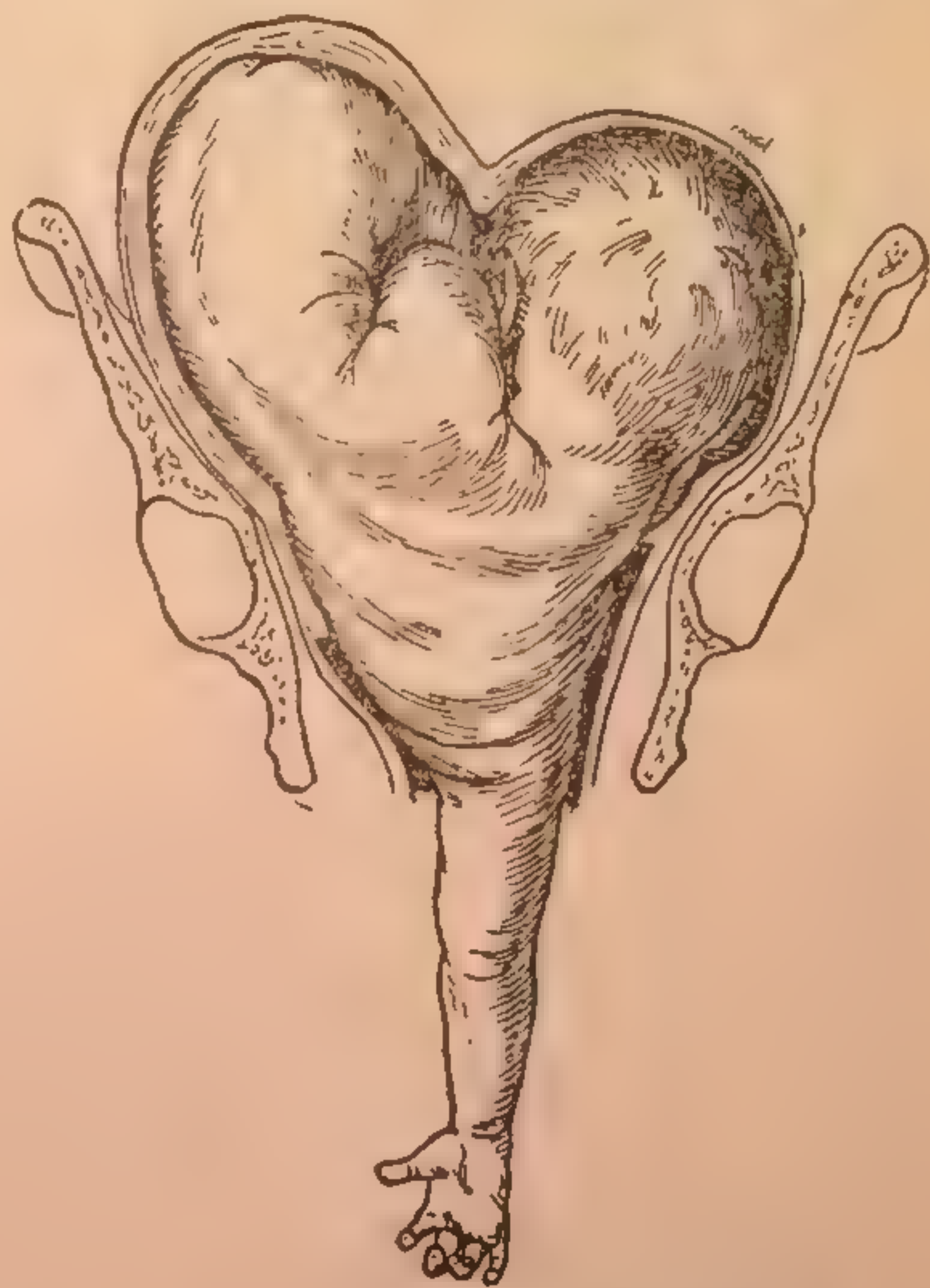


Рис. 274. Поперечное положение. Передний вид. Выпадение ручки. При повернутой кверху ладони большой палец ее обращен к правому бедру матери, выпавшая ручка правая.

3. Наконец, простой способ определения ручки — это попробовать мысленно поздороваться за выпавшую ручку. Та рука, какой удобно это проделать, и будет соответствовать выпавшей ручке.

Определив наружным исследованием, в какой стороне находится головка плода (позиция), и зная, какая выпала ручка, легко определить и вид. Если, например, головка слева, а выпавшая ручка оказывается левой, значит, мы имеем первую позицию, задний вид — спинка кзади, а ножки кпереди и т. д.

Не всегда, однако, после отхождения вод удается наружным исследованием определить, с какой стороны находится головка. В этих случаях необходимо произвести влагалищное исследование, чтобы установить, в какую сторону замкнута подмышечная впадина.

На той стороне, где замкнута подмышечная впадина, и находится головка.

Приводимая ниже таблица упрощает определение вида.

Передний вид

Головка справа или подмышечная впадина замкнута вправо, а выпала левая ручка.

Головка слева или подмышечная впадина замкнута влево, а выпала правая ручка (рис. 274).

Задний вид

Головка справа или подмышечная впадина замкнута вправо, а выпала правая ручка.

Головка слева или подмышечная впадина замкнута влево, а выпала левая ручка.

Подробное исследование, определение позиции и вида при поперечных положениях чрезвычайно важны для правильного и успешного проведения родов, особенно для оперативного акушерского вмешательства (поворот плода на ножку), о котором будет сказано ниже.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА

Своевременно распознанное поперечное положение в значительной степени уменьшает опасность как для матери, так и для плода. В конце беременности и даже в начале родов при целом плодном пузыре и подвижном плоде можно попытаться наружными приемами перевести плод в продольное положение.

Повторяем, это уместно только в конце беременности. Обнаруженное поперечное положение ранее начала X лунного месяца беременности не является стойким и часто совершенно самостоятельно переходит к концу беременности в продольное. Произведенный в раннем сроке наружный поворот также не является стойким, и плод может снова принять поперечное положение.

Если почему-либо беременной необходимо сообщить в ранние сроки о том, что у нее поперечное положение плода, необходимо предупредить ее, что очень часто такое положение самостоятельно исправляется. Такая беременная должна как можно чаще

показываться акушерке или последняя должна сама навещать беременную.

Иногда поперечное положение может с наступлением родовой деятельности само собой перейти в одно из продольных положений. Если косое положение остается к началу родов, рекомендуется придать роженице боковое положение. Роженицу укладывают на бок, и при достаточной подвижности плода в полости матки часть плода, которая лежит в дне матки, отклонится в ту сторону, на которой лежит роженица; вместе с этим нижняя часть плода отклонится в противоположную сторону. При косых положениях плода, когда предлежащая часть находится в одной из подвздошных областей, боковым положением роженицы предлежащая часть подводится ко входу таза. Класть роженицу нужно на тот бок, на котором находится ниже расположенная крупная часть. Например, если при косом положении плода головка находится в правой подвздошной области, нужно и роженицу положить на правый бок. При этом туловище отклонится вправо, а головка отойдет влево и может установиться над входом, т. е. создается продольное положение плода.

Если после отхождения вод сохраняется поперечное или косое положение, не следует многого ожидать от наружного поворота. Плод плотно обхватывается маткой, и повернуть его через брюшную стенку не удастся.

В таких случаях изменить поперечное положение в продольное можно только внутренним поворотом, который в акушерстве известен под названием «поворот на ножку» (стр. 509).

Таким образом:

1. Если поперечное положение плода установлено во второй половине беременности, надо непременно заставить беременную показываться акушерке не реже одного раза в неделю.

2. Если поперечное положение плода продолжает сохраняться, то после 35 недель беременности можно попытаться наружным поворотом, который выполняет врач (стр. 508), перевести поперечное или косое положение в продольное.

Учитывая, что при поперечном и косом положении плода наблюдается высокий процент преждевременных родов и мертворождений, всех беременных, у которых установлено такое положение плода, начиная с 35 недель беременности, надо госпитализировать; в родильном доме они остаются до родов.

3. Беременную на последнем месяце, а тем более роженицу с поперечным положением плода надо немедленно отправить в больницу. Если это невозможно, надо при начавшихся схватках немедленно вызвать врача. Только в исключительно крайних случаях акушерка сама проводит роды.

4. Как правило, немедленно после отхождения вод надо произвести влагалищное исследование и при наличии соответствующих условий (полное открытие наружного зева, нормальные размеры таза) сделать поворот на ножку (стр. 509) с последую-

щим извлечением плода; при малом (2—3 пальца) открытии зева надо немедленно вызвать врача либо по его распоряжению перевести роженицу в родильный дом, где может быть применен метрейринтер. При запущенном поперечном положении плода, без признаков угрожающего разрыва матки (стр. 458), если плод мертвый, показана эмбриотомия. При живом жизнеспособном плоде и отсутствии инфекции может быть произведено кесарево сечение. При наличии симптомов угрожающего разрыва матки вводят под кожу 1 мл морфина и вызывают срочно врача.

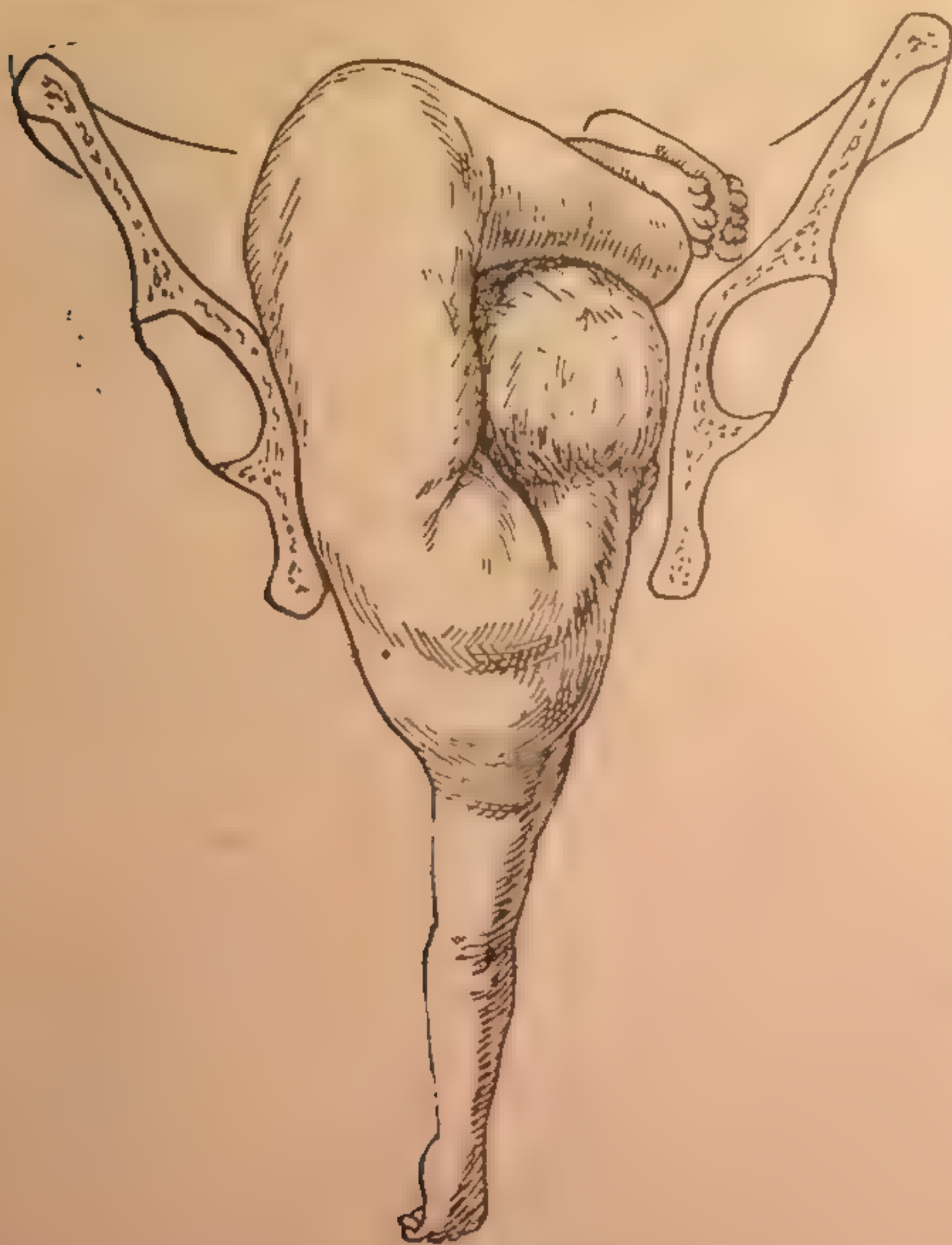


Рис. 275. Самоизворот плода.

Только при недоношенной беременности, маленьком, большей частью мертвом плоде и при обширном тазе поперечно расположенный плод может иногда самостоятельно родиться, совершив так называемый самоизворот.

САМОИЗВОРОТ

Только при недоношенной беременности, маленьком, большей частью мертвом плоде и при обширном тазе поперечно расположенный плод может иногда самостоятельно родиться, совершив так называемый самоизворот.



Рис. 276. Роды двойным телом.

изворот. Самоизворот (рис. 275) — это особый вид механизма родов, при котором сначала выступает плечо из-под лонной дуги, затем при сильном сгибании позвоночника продви-

гается туловище и ягодицы мимо плеча через таз, за ягодицами следуют ножки и затем верхнее плечо; головка рождается последней, как при ягодичном предлежании.

Еще более редкий способ самопроизвольного изгнания плода при поперечном положении представляет рождение плода сдвоенным телом (рис. 276).

Самоизворот и рождение сдвоенным телом при поперечных положениях возможны лишь при большой недоношенности плода.

ВЫПАДЕНИЕ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ

Следует различать понятия предлежание и выпадение. Пока воды целы и сквозь оболочки плодного пузыря прощупывается какая-либо мелкая часть, расположенная у входа таза, говорят о предлежании этой мелкой части; если же после отхождения вод мелкая часть опускается во влагалище или она увлекается вниз вытекающими околоплодными водами, говорят о выпадении мелкой части (рис. 277).

Причины выпадения мелких частей. Для выпадения мелкой части плода необходимо, чтобы вход в таз к моменту отхождения околоплодных вод был либо совершенно свободен, как это бывает при поперечном или косом положении, либо предлежащая часть плода была высоко над входом или не выполняла всего кольца входа, оставляя свободным большую или меньшую щель. Через такую щель может пройти мелкая часть. Учитывая все это, заранее можно сказать, что выпадение мелких частей чаще будет при поперечном или косом положении плода, затем — при ягодичном предлежании, поскольку ягодицы, как мы уже знаем, после отхождения вод остаются долго над входом и, даже вступая во вход, не закрывают полностью просвета входа.

При продольном головном положении выпадение мелких частей встречается редко; подобное осложнение имеет место при маленькой головке плода или при неправильном вставлении

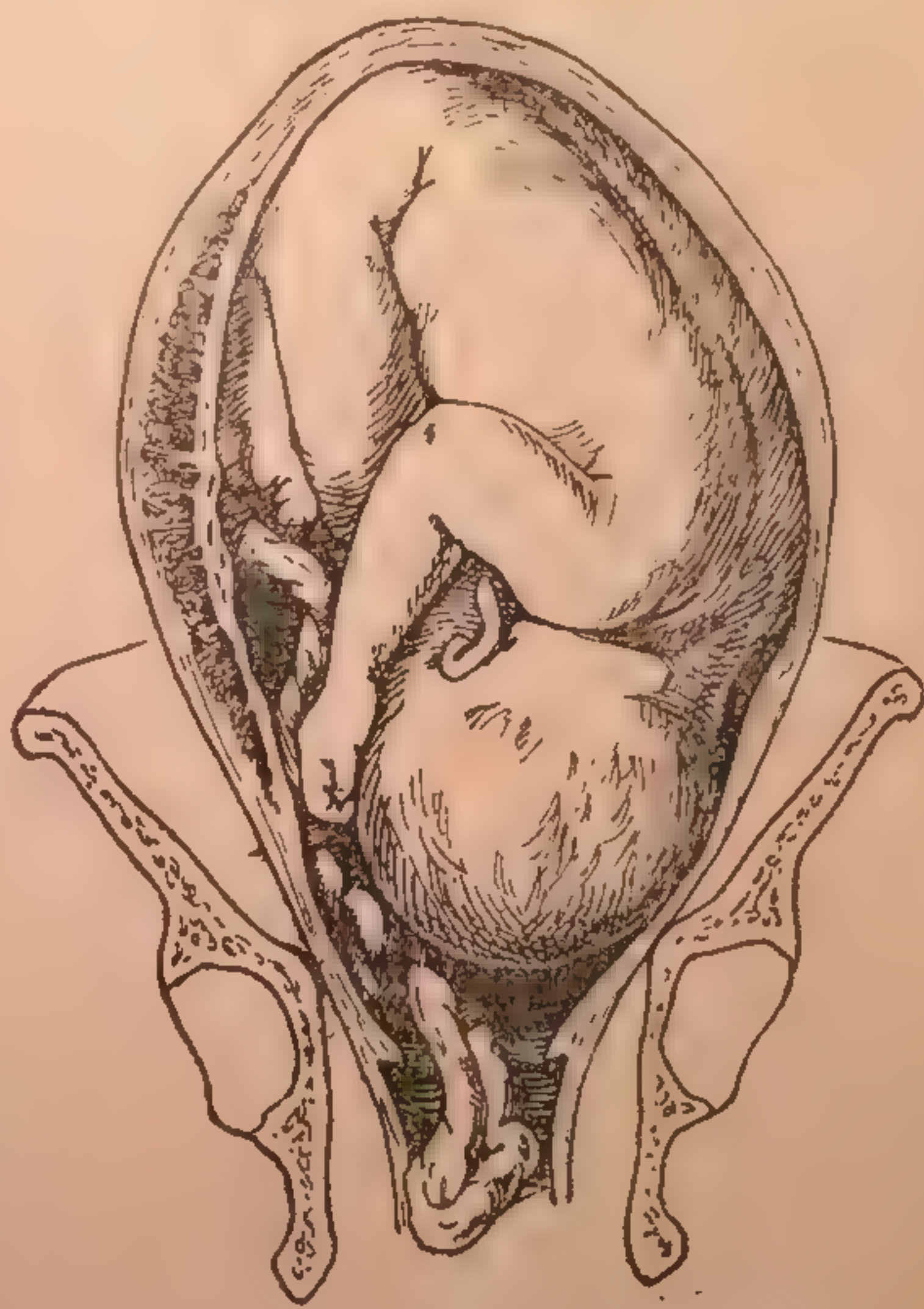


Рис. 277. Выпадение пуповины.

головки (стр. 380), при многоводии и чаще у повторнородящих. Наконец, выпадение мелких частей легко происходит при мертвом плоде, вялые конечности которого в силу тяжести свисают, как плети.

При головных предлежаниях иногда встречается одновременно предлежание ручки рядом с головкой (рис. 278). Если рядом с головкой, например, справа, прощупывается кисть руки, во избежание дальнейшего опу-



Рис. 278. Выпавшая ручка рядом с головкой.

скавания ручки следует роженицу положить на левый бок — тогда туловище плода отклонится влево, ручка отойдет вверх, а головка приблизится к правой тазовой стенке и закроет имевшуюся щель.

Если ручка опустилась во влагалище и головка плотно стоит в тазу, не следует ничего предпринимать, а предоставить роды самостоятельному течению. Такое сочетание возможно при широком тазе и небольшой головке или когда выпавшая ручка располагается в крестцовой впадине. Выпадение ручки в подобных случаях значительно затягивает роды, замедляя продвижение и вращение головки.

Выпадение ножки встречается часто при тазовом предлежании или косом положении плода и по существу не представляет патологии. Выпадение ножки можно рассматривать как патологию, если оно встречается при малом открытии зева (на 2—3 пальца).

Выпадение пуповины встречается чаще, чем выпадение других мелких частей плода. Оно может быть следствием предлежания пуповины и происходит в момент разрыва плодного пузыря. Выпадение пуповины может произойти и без предварительного ее предлежания и даже в течение родов, спустя долгое время после разрыва плодного пузыря.

Высокое стояние головки, остающееся к моменту отхождения вод, может явиться обстоятельством, благоприятствующим выпадению пуповины. Поэтому при остающейся подвижной головке необходимо тотчас же после отхождения вод произвести влагалищное исследование; роженице запрещается ходить; она должна лежать в постели.

Встречающееся чаще, чем выпадение другой мелкой части, выпадение пуповины объясняется тем, что, с одной стороны, пупочный канатик легче увлекается током околоплодных вод, с другой — для выпадения пуповины достаточно бывает небольшой щели между подлежащей частью и стенками таза, через которую другая мелкая часть не могла бы пройти. Благоприятствует выпадению и большая длина пуповины.

Выпавшая пуповина не представляет препятствия для родов, но зато грозит весьма серьезной опасностью плоду. Опускаясь подлежащая часть плода прижимает выпавшую петлю пуповины к стенке таза, что влечет нарушение кровообращения и как следствие асфиксию плода. Если прижатие пуповины продолжается, положение плода все ухудшается, и он погибает.

Распознавание. Ухудшение сердцебиения плода при высоко стоящей подлежащей части плода после отхождения вод дает основание предполагать выпадение пуповины. Но это уже поздний диагноз. Поэтому необходимо во всех случаях производить влагалищное исследование тотчас же после отхождения вод, независимо от того, где к этому моменту находится подлежащая часть плода. При влагалищном исследовании прощупывается петля пуповины или клубок петель, в которых ощущается пульсация.

Обычно выпадение пуповины происходит в области крестцово-подвздошной впадины; пуповина проскальзывает и в большей или меньшей степени опускается во влагалище. Опасность прижатия значительно больше, если пуповина выпадает между передней стенкой таза и подлежащей частью.

При прощупывании петли пуповины во время схватки не удается ощутить пульсации ее сосудов даже при живом плоде. Поэтому необходимо выждать, пока схватка прекратится, и если плод жив, то ощущается пульсация артерий пуповины. Подобное исследование пуповины необходимо производить очень осторожно, так как сильное сжатие пуповины пальцами уже само по себе может нарушить пуповинное кровообращение.

Исход родов при выпадении пуповины очень тяжел для плода, при этом осложнении отмечается очень высокий процент мертворождений. Наиболее опасно выпадение пуповины при головном предлежании; при тазовом предлежании и поперечном положении сильное прижатие пуповины происходит реже.

Ведение родов при выпадении пуповины

При продольном положении плода всякое вмешательство при выпадении пуповины следует предпринимать лишь в том случае, если сосуды пуповины пульсируют, если плод жив.

Если нет пульсации сосудов пуповины и сердцебиение плода не прослушивается, надо роды предоставить их обычному течению, так как сама по себе выпавшая пуповина не представляет препятствия для родов.

Если имеется пульсация сосудов пуповины, т. е. ребенок жив, необходимо по возможности оказать помощь. Прежде всего нужно тщательно наружным и влагалищным исследованием выяснить положение плода, степень раскрытия зева и причины выпадения пуповины.

В случае поперечного положения плода (независимо от того, жив ли он или мертв) при наличии необходимых условий производят обычный поворот на ножку (стр. 509), а при полном открытии наружного зева при живом плоде — поворот с последующим извлечением плода.

При ножных предлежаниях, если сердцебиение плода ухудшается, извлечение ускоряют (стр. 505). Понятно, в этом случае необходимо наличие полного открытия зева.

Если воды целы и предлежит пуповина, все сводится к предупреждению преждевременного разрыва плодного пузыря. Роженицу кладут на бок и не разрешают ей тужиться. Чем позже произойдет разрыв оболочек, тем большим будет открытие зева, тем это благоприятнее для быстрого родоразрешения в случае выпадения и ущемления пуповины.

При продольном головном положении, если головка подвижна, воды только что отошли и выпала пуповина, при достаточном открытии зева производят (врач!) поворот на ножку.

Если головка стоит уже в полости, а рядом с ней прощупывается пульсирующая петля пуповины, при полном открытии наружного зева немедленно заканчивают роды наложением щипцов (стр. 516). Это оперативное вмешательство акушерка сама произвести не имеет права, поэтому она должна вызвать немедленно врача, предупредив его о характере осложнения.

Если головка находится в выходе таза, то для ускорения родоразрешения применяют перинеотомию, бинт Вербова или прибегают к наложению выходных щипцов (врач!).

Труднее положение, если пузырь разрывается рано, пуповина опускается во влагалище и давление предлежащей части сказывается еще до полного сглаживания шейки. Извлечение плода влагалищным путем при этих условиях невозможно. Необходимо срочно вызвать врача или по распоряжению последнего можно отправить роженицу «скорой помощью» или самолетом в родильный дом, где, в зависимости от характера течения родов, будут применены соответствующие пособия: вправление выпавшей пуповины, метрейриз (стр. 493), а в некоторых случаях при наличии соответствующих условий даже кесарево сечение (стр. 520).

Ведение родов при выпадении ручки (при поперечном положении плода)

При выпадении ручки первый вопрос должен быть: когда отошли воды? Если воды отошли 1—2 часа назад, плод при наружном осмотре оказывается подвижным, а родовая деятель-

ность слабая, то при полном открытии зева можно попытаться осторожно сделать поворот на ножку с последующим извлечением плода (врачи!).

Если поворот не удастся, его не форсируют во избежание разрыва матки.

Никогда не следует при поперечном положении плода вправлять выпавшую ручку.

Иногда при живом плоде в подобных случаях прибегают к кесареву сечению.

Если воды отошли давно, как при выпадении ручки, так и без такового, никаких попыток к повороту не делают; это чаще уже запущенное поперечное положение. Если акушерка встречается с подобной патологией на дому у роженицы, она вводит последней под кожу 1 мл 1% раствора морфина и немедленно вызывает врача, предупредив его о характере патологии.

Как правило, акушерка не должна переоценивать своих сил и должна во-время направлять всех беременных с патологическими отклонениями в больницу. Своевременный отбор беременных с патологическими отклонениями через консультацию для женщин, колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские пункты или индивидуальным порядком путем патронирования беременных — одна из основных задач в работе акушерки.

Глава XXV

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ НЕИ

Частота многоплодной беременности примерно такова: одна двойня приходится на 100 родов, а тройня — на 6 000—7 000 родов.

Беременность тройней и больше представляет редкое явление.

Многоплодная беременность чаще встречается у повторнородящих, чем у первородящих; больший процент многоплодных беременностей падает на более пожилой возраст. Многоплодная беременность является следствием оплодотворения одновременно двух яйцевых клеток или, что встречается реже, результатом развития двух плодов из одной оплодотворенной яйцеклетки.

Поэтому различают двойни двух видов: однайцевую и двуйцевую.

ОДНОЯЙЦЕВАЯ ДВОЙНЯ

Однайцевыми близнецами называют таких, которые происходят из одного оплодотворенного яйца вследствие деления его на две части, из которых каждая развивается в самостоятельный организм.

Однояйцевые близнецы имеют общий хорион и общую плаценту (рис. 279); амниотические же оболочки у них, как правило, отдельные.

Таким образом, смежная перегородка между плодовыми пузырями однояйцевых близнецов состоит из двух листков амниона, плотно прилежащих друг к другу (рис. 280).

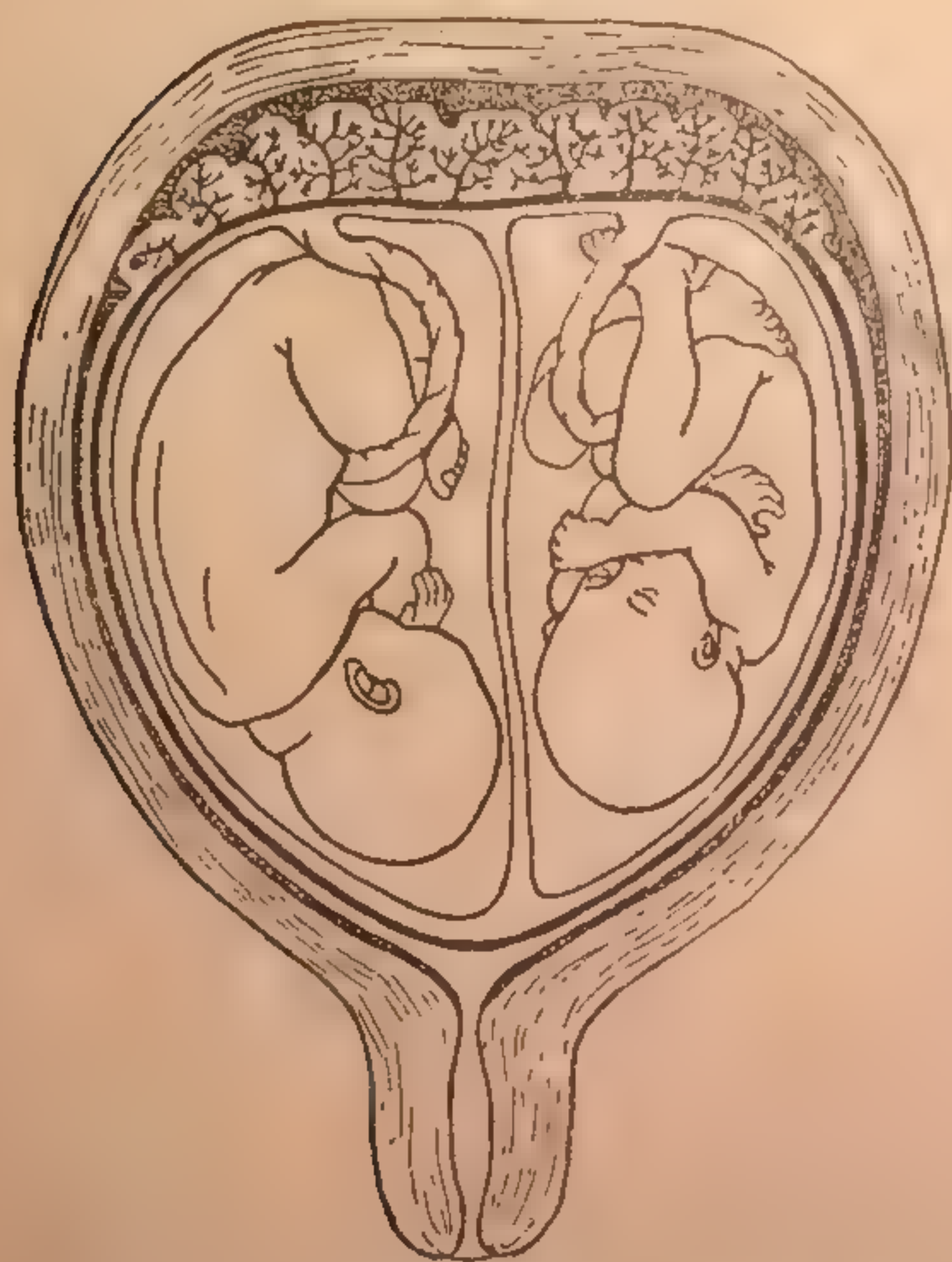


Рис. 279. Однояйцевая двойня. Общая плацента; общий хорион; отдельные амнионы.

Однояйцевые близнецы всегда одного пола: либо оба мальчики, либо обе девочки. Внешне они обычно бывают настолько похожи один на другого, что их впоследствии нередко смешивают друг с другом даже близкие родные.

В редких случаях возможна и однояйцевая тройня.

Некоторые авторы не исключают возможности того, что однояйцевые двойни происходят вследствие одновременного оплодотворения одного яйца двумя сперматозоидами, однако до сих пор это является лишь предположением. Обычно принято считать, что яйцевая клетка оплодотворяется только одним сперматозоидом.

Случаи однояйцевого многоплодия встречаются редко; даже однояйцевая двойня встречается сравнительно редко. Из всех двоен однояйцевые составляют лишь около 15%, остальные 85% приходятся на двуяйцевые двойни.

Условия внутриутробного развития плодов при однояйцевой двойне весьма неблагоприятны; в общей плаценте однояйцевых двоен или троен существуют анастомозы (соединения) между кровеносными сосудами. Благодаря этому один из близнецов может получать крови больше, чем другой, в результате чего возникает резкая разница в условиях питания и развития близнецов. В подобных случаях один из плодов, так называемый «питающий», отстает в своем развитии, так как его сердце «нагнетает» значительную часть крови в кровеносную систему другого плода. При однояйцевой двойне нередко встречается маловодие у одного и многоводие, достигающее иногда до больших размеров, вторичное хроническое многоводие, — у другого плода. Этим же объясняется, почему однояйцевые двойни иногда значительно отличаются друг от друга по весу и величине.

В некоторых случаях дело доходит до того, что находящийся в худших условиях плод погибает в том или другом сроке бере-

менности, тогда как другой, находящийся в лучших условиях, продолжает свое развитие и рождается в срок живым и жизнеспособным.

Погибший плод остается в матке до конца беременности вместе с другим близнецом, продолжающим развиваться. В этих случаях погибший плод часто подвергается мумификации (стр. 331) — амниотическая жидкость всасывается, а мумифици-

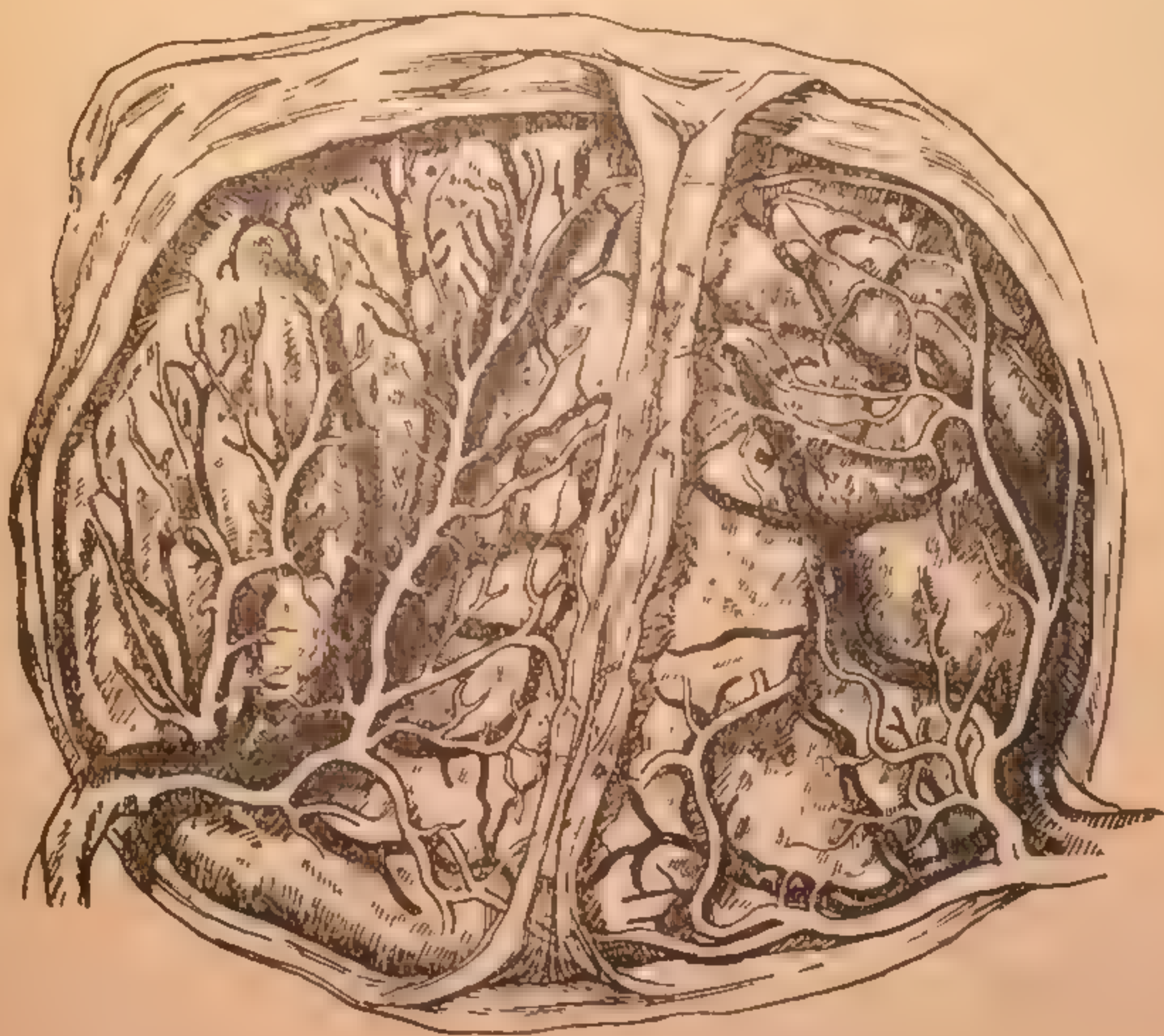


Рис. 280. Плодовая сторона плаценты однойцевой двойни. Перегородка состоит из двух оболочечных слоев (два амниона).

рованный плод придавливается другим плодом к маточной стенке и превращается в так называемый бумажный плод. После рождения живого близнеца вместе с отходящей плацентой рождается и этот бумажный плод (*foetus papugaceus*).

ДВУЯЙЦЕВАЯ ДВОЙНЯ

Двуяйцевая двойня (рис. 281) развивается в результате оплодотворения двух яйцевых клеток. Яйцевые клетки могут происходить либо из обоих яичников, либо из одного яичника, в котором одновременно созрели два граафова фолликула, либо, наконец, из одного фолликула, в котором имелись две яйцевые клетки.

Попутно с только что сказанным возникает другой вопрос: возможно ли новое зачатие при уже имеющейся беременности, возможно ли оплодотво-

рение двух яйцевых клеток, принадлежащих разным овуляциям, т. е. в разное время?

Развивающееся оплодотворенное яйцо лишь к третьему месяцу беременности настолько увеличивается, что выполняет всю полость матки. До этого срока часть полости матки свободна, в нее легко могут пройти сперматозоиды и проникнуть в соответствующую трубу. Если бы при уже имеющейся беременности произошла овуляция, могло бы наступить и новое зачатие — это так называемое сверхзачатие (superfoetatio).



Рис. 281. Двуйайцевая двойня. Две плаценты; отдельные хорионы и отдельные амнионы.

Теоретически у человека возможно сверхоплодотворение, практически же оно не доказано.

Оба близнеца при двуйайцевой двойне имеют самостоятельные плаценты, водную и ворсинчатую оболочки, а в ранние месяцы беременности — и отдельные капсулярные оболочки. Таким образом, перегородка между обоими плодовыми мешками состоит из четырех листков (два амниона и два хориона), легко отделяющихся друг от друга (рис. 282).

Если оплодотворенные яйцеклетки располагаются рядом одна около другой, то обе плаценты как бы срастаются, однако при рождении удается отделить одну плаценту от другой. Бывают и такие случаи, когда срастание настолько интимно, что на первый взгляд очень трудно сказать, что это именно две, а не одна плацента. В таких случаях необходимо внимательно осмотреть плаценту, особенно плодовую ее сторону, где видны ветвящиеся кровеносные сосуды. При двуйайцевой двойне, в отличие от однойайцевой, сосуды одной плаценты не анастомозируют с со-

Поскольку наблюдались случаи овуляции у беременных, постольку можно допустить и возможность такого зачатия.

В литературе описаны случаи, подтверждающие сверхзачатие; так, К. Ф. Славянский приводит случай, когда при полном раздвоении матки и влагалища у женщины имела место одновременная беременность в обеих матках, причем в одной — трехмесячная, а в другой — месячная.

Обе яйцевые клетки могут быть оплодотворены при одном половом сношении. Однако, несмотря на обилие сперматозоидов, зачатие не всегда обязательно наступает от единичного сношения. Можно допустить, что при двух яйцевых клетках одна окажется оплодотворенной, а другая нет. А раз так, то возможно, что яйцевые клетки могут быть оплодотворены не от одного сношения, а от разных.

Если яйцевые клетки одной овуляции оплодотворяются не от одного сношения, говорят о сверхоплодотворении (superfoecundatio).

Рис. 282. Плацента состоит из

судами другой плаценты. Помогает разобраться и внимательный осмотр смежных оболочек, которые, как уже было сказано, в отличие от однойяйцевой двойни, состоят из четырех листков (рис. 282).

Наконец, в отличие от однойяйцевой двойни двуяйцевая двойня может быть разнополой — мальчик и девочка.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Развитие одновременно двух плодов предъявляет к организму женщины более высокие требования, чем обычная беременность;

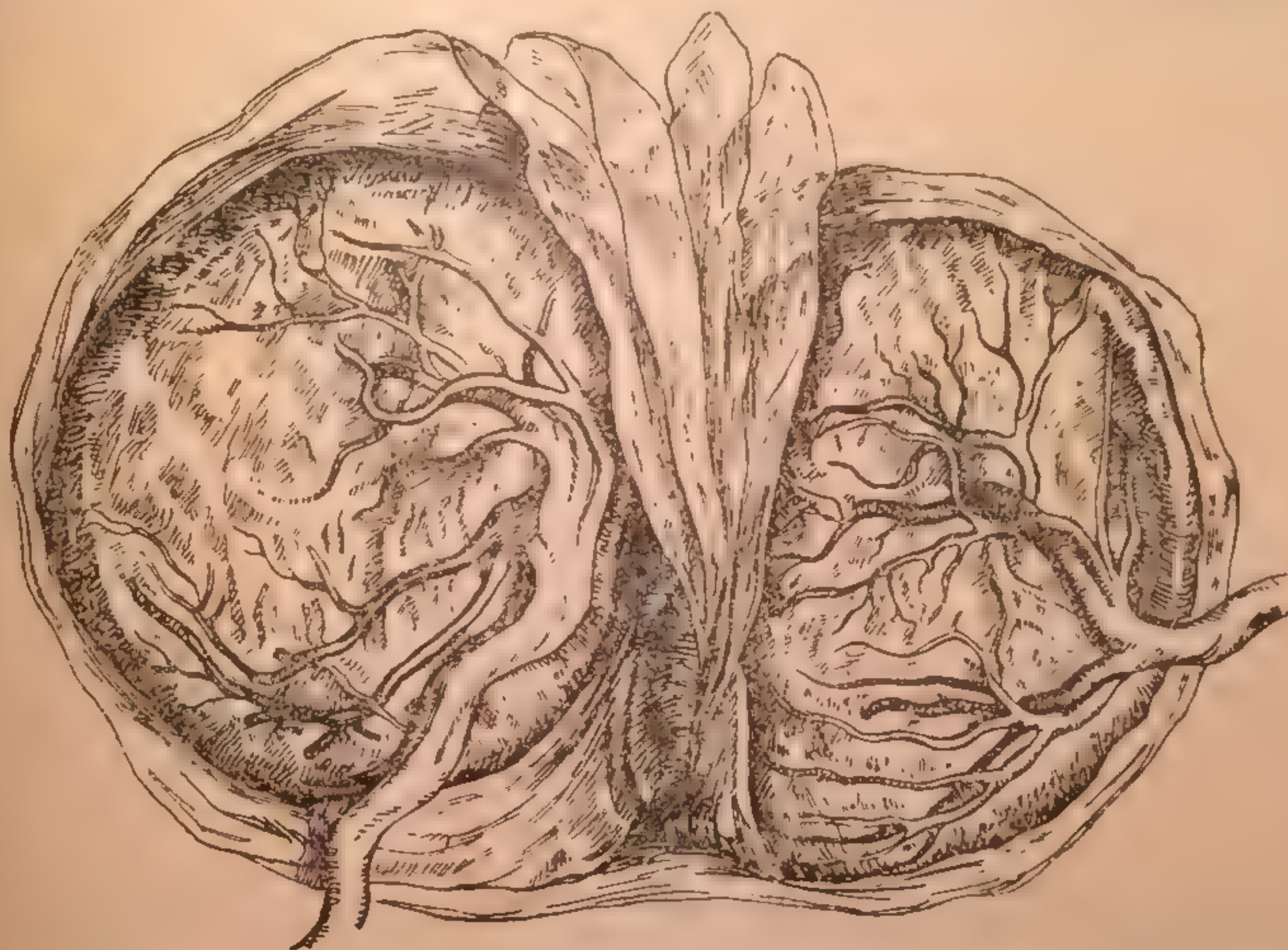


Рис. 282. Плодовая сторона плаценты двуяйцевой двойни. Перегородка состоит из четырех оболочечных слоев (два амниона и два хориона).

чаще наступают различные расстройства, и беременность может протекать тяжелее.

Многоплодная беременность ведет к большим изменениям и нарушениям в процессах обмена. Чаще наблюдаются явления токсикозов, нефропатии беременной, нарушение функции печени; чаще, чем при обычных родах, встречается эклампсия.

Вследствие быстрого роста матки, значительного растяжения ее стенок, растяжения стенок живота и давления на соседние органы, чаще, чем при нормальной беременности, наблюдаются утренняя рвота, изжога, запоры. Затем наступает затрудненное дыхание; сердечная деятельность в некоторых случаях оказывается недостаточной, вследствие чего появляются отеки. В результате затрудненного венозного оттока чаще наблюдается варикозное расширение вен нижних конечностей.

Совокупность воздействия приведенных факторов часто ведет к преждевременному прерыванию беременности. Приблизительно четверть всех беременностей двойней прерывается раньше срока. Беременность тройней в подавляющем большинстве случаев прерывается еще раньше. Отсюда чрезвычайно важно возможно раньше распознать многоплодие, чтобы раньше госпитализировать беременную и тем предотвратить указанные выше осложнения, в том числе и наступление преждевременных родов.

ДИАГНОСТИКА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Обращает внимание несоответствие между сроком беременности и величиной матки; дно матки ежемесячно поднимается выше, чем в норме. При нормальной беременности высота стояния дна матки ежемесячно увеличивается примерно на 4 см и к концу беременности достигает 32 см; при двойне же ежемесячное увеличение высоты стояния дна матки больше, и к концу беременности она достигает иногда 40 и более сантиметров.

Окружность живота, равная к концу беременности при одном плоде 96—97 см, при двойне достигает нередко 110 и больше сантиметров. Прощупывание не менее трех крупных частей плода, обилие мелких частей при одновременном выслушивании в разных местах двух различных по частоте сердцебиений плода позволяют с большой долей вероятности поставить диагноз двойни.

Считать сердцебиение нужно одновременно у обоих плодов, следовательно, выслушивать должны двое; как только они отчетливо различат сердечные тоны, они начинают по данному им знаку считать. Разница в частоте сердечных ударов должна быть постоянной и достаточно большой (не менее 15 ударов в минуту).

Труднее распознать двойню, когда плоды лежат один позади другого. Если плоды лежат рядом в продольном или поперечном положении, то прощупать обе головки легче (рис. 283 и 284).

Определение количества плодов до родов и даже во время родов затрудняется еще тем, что многоплодная беременность обычно сопровождается многоводием. Необходимо внимательно и повторно исследовать роженицу; только таким путем можно уточнить диагноз многоплодия.

Правильный диагноз возможен иногда во время родов, если при внутреннем исследовании после отхождения вод прощупывается какая-либо часть плода без пузыря, а рядом с ней прощупывается плодный пузырь.

Точный диагноз многоплодия во время беременности можно установить с помощью рентгеновского снимка.

Положение плодов в матке при многоплодии

Близнецы могут по-разному располагаться в полости матки. Если обе яйцевые клетки принадлежат одному яичнику, то оплодотворенные яйцеклетки обычно имплантируются рядом. Если



Рис. 283. Двойня в продольном положении

один в продольном, а другой в поперечном положении. При продольном положении плода в головном тазовом

Вследствие деятельности матки нередко при родах (стр. 35) Если периметр продолговатых пальцев плодный пузырь в полости матки сращивается.

же яйцевые клетки принадлежат обоим яичникам, то чаще они имплантируются поодаль друг от друга; одна, например, ближе к левому углу матки, а другая — к правому.

Чаще при двойне плоды размещаются рядом по длине полости матки: один справа, другой слева (рис. 69 г и 283). Это расположение наиболее благоприятствует распознаванию двойни. Бывает, однако, что плоды располагаются продольно, но оба в одной половине матки, или продольно один позади другого,

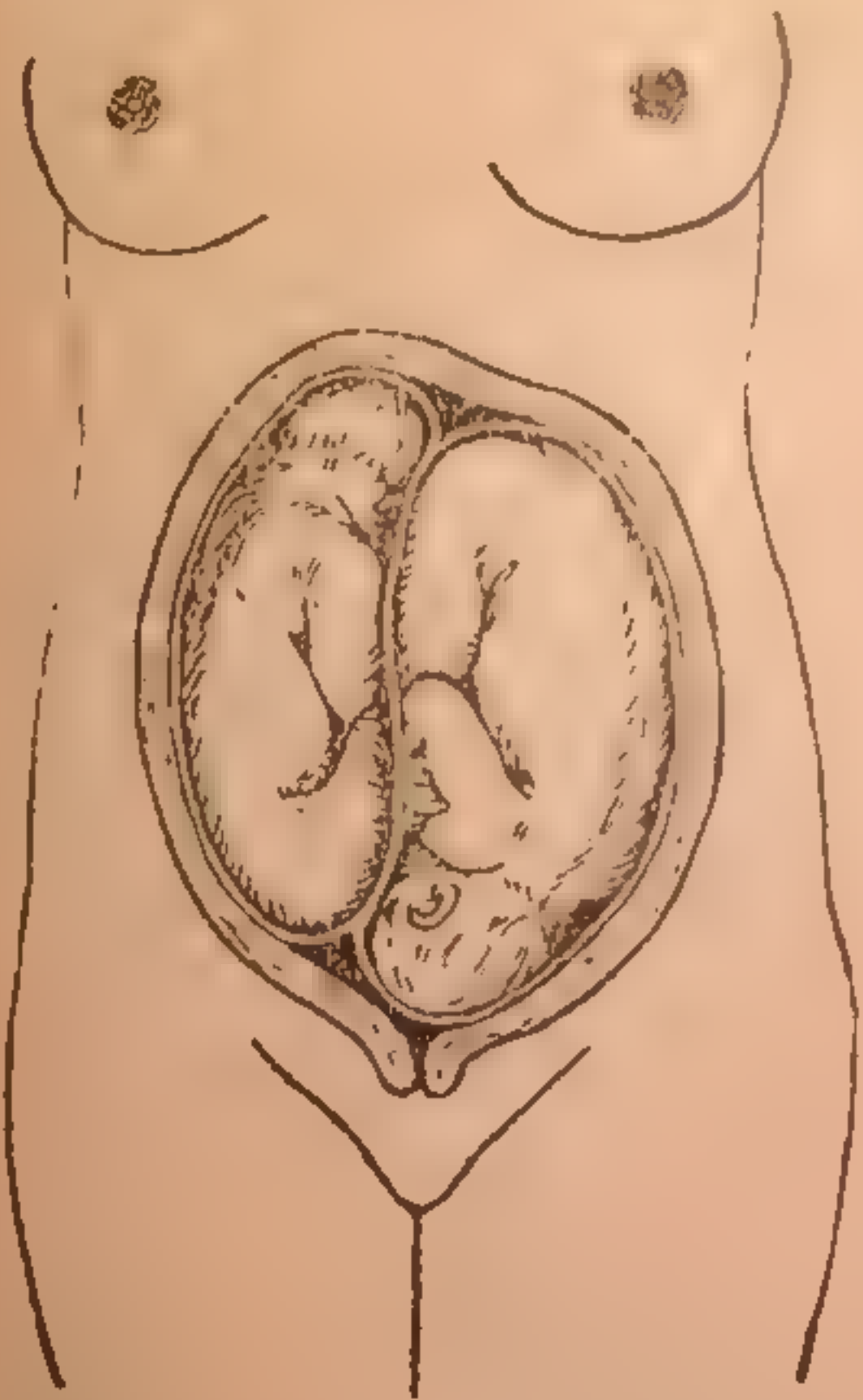


Рис. 283. Двойня. Оба плода в продольном положении.

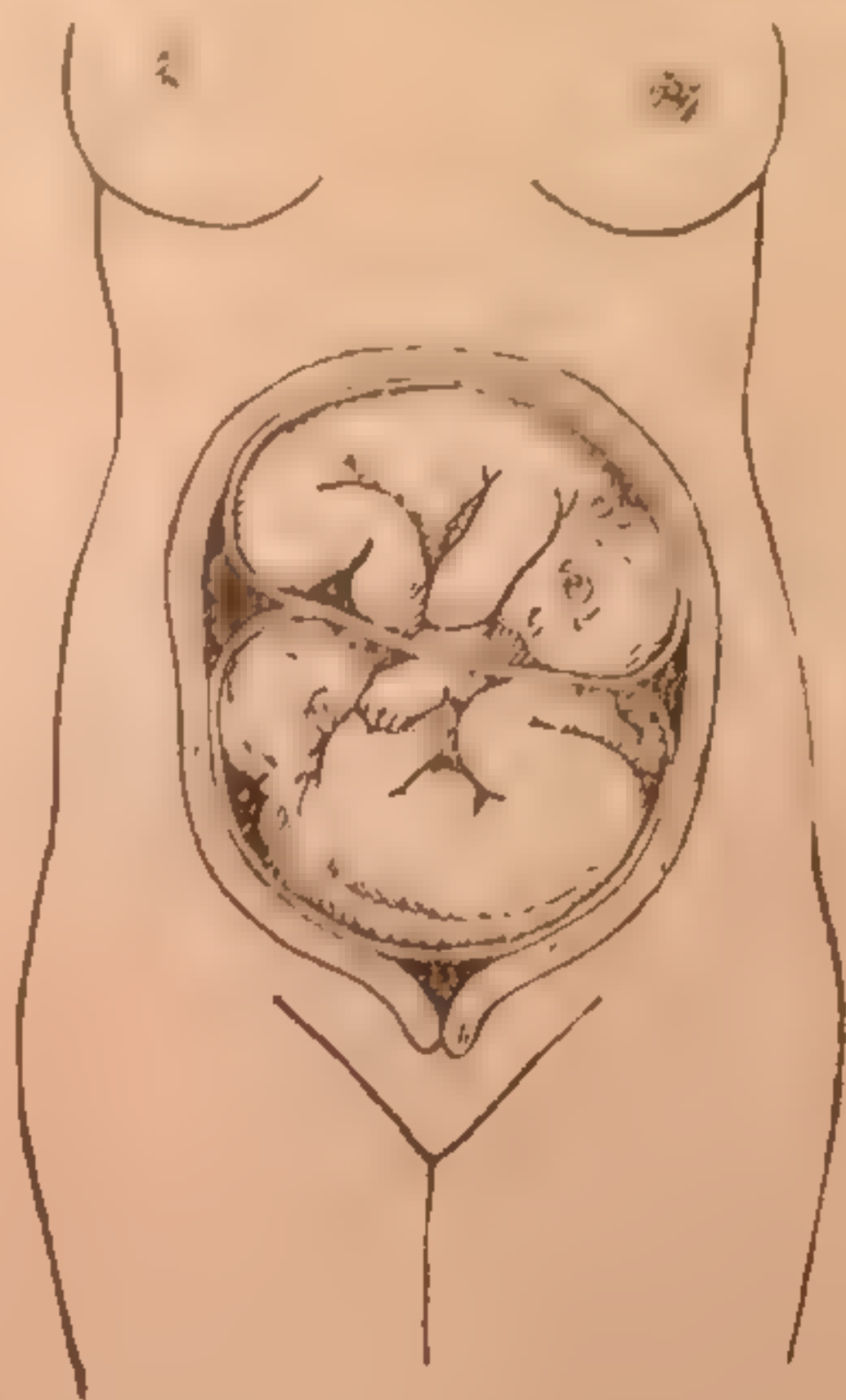


Рис. 284. Двойня. Оба плода в поперечном положении.

или один в продольном, а другой в поперечном положении, или оба в поперечном положении (рис. 284).

При продольном положении плоды могут располагаться или оба в головном, или оба в тазовом, или один в головном, а другой в тазовом предлежании (рис. 283).

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Вследствие чрезмерного растяжения стенок матки родовая деятельность при многоплодии в большинстве случаев вялая. Нередко при многоплодии наблюдается первичная родовая слабость (стр. 355).

Если период раскрытия затягивается надолго, рекомендуется при продольном положении плодов и достаточном (не менее трех пальцев) открытии зева при сглаженной шейке прорвать плодный пузырь. Таким путем несколько уменьшается объем полости матки, утолщаются стенки матки, и последняя лучше сокращается.

При искусственном разрыве плодного пузыря в таких случаях рекомендуется руководствоваться следующим: если при внутреннем исследовании одновременно удастся прощупать пузыри обоих плодов (что возможно только при большом раскрытии зева), причем один из плодов в головном, а другой в тазовом предлежании, то разорвать следует пузырь плода, лежащего в тазовом предлежании. Этим мы даем возможность второму пузырю быстро вклиниться в шейку, за ним тотчас же опускается головка, а ягодичы отодвигаются. Первым родится плод, лежащий в продольном головном положении, расширив и подготовив достаточно родовые пути для прохождения второго плода, находящегося в тазовом предлежании.

Во избежание быстрого излития большого количества вод, а вместе с этим и возможного выпадения мелкой части плода, следует разрывать плодный пузырь не в центре, а сбоку повыше, тогда воды будут просачиваться и постепенно подтекать. Разорвав пузырь, тут же, не вынимая руки, проверяют, как опускается предлежащая часть плода, нет ли выпадения мелкой части.

Роды предоставляются их естественному течению; только при появлении соответствующих показаний (длительная первичная родовая слабость, внутриутробная асфиксия, тяжелое состояние матери) приходится прибегать к вмешательству. При недостаточности потужной деятельности, что может быть в результате и чрезмерного растяжения брюшной стенки, рекомендуется применение бинта Вербова.

После рождения первого плода обязательно перевязывают плацентарный конец пуповины, чтобы в случае однойяцевой двойни второй плод не погиб от кровотечения через пуповину первого. Далее необходимо убедиться наружными приемами, а если этого недостаточно, то и путем влагалищного исследования, в каком положении находится второй плод. При продольном положении второго плода роженицу оставляют в покое.

Наблюдения за течением родов при многоплодии показали, что торопиться с извлечением второго плода без неотложных показаний не следует. Прежде всего необходимо дать роженице несколько отдохнуть от только что перенесенных родов. Слишком быстрое опорожнение матки ведет, с одной стороны, к быстрому понижению внутрибрюшного давления, вследствие чего сосуды брюшной полости переполняются кровью, а верхняя часть туловища и особенно головной мозг претерпевают временное малокровие, что может сопровождаться обморочным состоянием. С другой стороны, быстрое опорожнение матки не дает ей возможности хорошо сократиться, что может быть причиной сильного кровотечения в послеродовом периоде, которое, кстати сказать, и без того встречается сравнительно нередко при родах многоплодной беременности.

Необходимо следить за сердцебиением плода. Иногда после рождения первого плода матка может настолько сократиться, что начинается отслойка плаценты второго плода — тогда необходимо ускорить рождение второго близнеца.

При продольном положении второго плода выжидают до появления схваток, но обычно не дольше 1 часа. С возобновлением родовой деятельности

С возобновлением родовой деятельности при продольном положении второго плода разрывают плодный пузырь и тут же проверяют, как вставилась и насколько опустилась головка. Если головка сразу опускается, тем и ограничиваются, если же головка после разрыва пузыря при полном открытии наружного зева остается подвижной над входом таза, рекомендуется сделать поворот на ножку с последующим извлечением плода. Если второй плод лежит поперечно, то делают поворот до по-

Если второй плод лежит поперечно или косо, то спустя 20—30 минут после рождения первого плода разорвать пузырь и одновременно произвести поворот на ножку второго плода с последующим извлечением его.

После рождения второго плода наступает наиболее серьезный при многоплодной беременности период — последовый.

Чрезвычайно растянутые при беременности стенки матки сокращаются вяло и в последовом периоде обнаруживают наклонность к расслаблению. Нередко происходит задержка в механизме отслойки и изгнания одиночной или двойной плаценты, вследствие чего появляется кровотечение, иногда достигающее больших размеров. Течение последового периода при многоплодной беременности во многом зависит от метода ведения родов, с одной стороны, а с другой — и от метода ведения самого последового периода. Требуется сугубое внимание, абсолютное невмешательство при отсутствии показаний и немедленное вмешательство (выжимание или ручное отделение) при появлении сильного кровотечения. Для предупреждения кровотечения надо немедленно после рождения второго близнеца ввести роженице под кожу 1 мл питуитрина.

После выхождения последа или последов необходимо особенно внимательно следить за родильницей. Матка и теперь еще плохо сокращается, что может сопровождаться кровотечением (стр. 448). Поэтому при плохом сокращении матки рекомендуется применять сокращающие средства (лед на низ живота, под кожу питуитрин, эрготин), понятно, если послед вышел полностью.

При осмотре последов необходимо выяснить: 1) имеется ли один послед или два; 2) отдельные последы или сросшиеся; 3) все ли вышло; проверить оболочки и особенно перегородку; 4) осмотреть плодовую сторону, нет ли анастомозов между сосудами обеих плацент. На основании всех признаков надо поставить в истории родов для однополых близнецов диагноз, какая это двойня: одно- или двуяйцевая.

Ввиду указанных осложнений при многоплодных родах для матери и для плодов, акушерка должна как можно раньше отправлять такую беременную в родильный дом, в больницу и только в крайнем случае проводить роды сама, вызвав при этом врача.

Глава XXVI

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ РОДАХ

Кровотечения во второй половине беременности, так же как и в ранние сроки беременности, зависят, как правило, от отслойки детского места.

Крайне редко встречается сочетание беременности с новообразованиями шейки матки или влагалища (полип, рак), которые сами по себе могут сопровождаться кровотечениями. Еще реже могут наблюдаться у беременной кровотечения, вызванные травмой влагалища (ушиб, ранения). Подобные причины могут вызвать кровотечения во время беременности; об этом надо помнить, однако большого практического значения они не имеют, так как встречаются крайне редко.

Отслойка детского места во второй половине беременности в одних случаях связана с ненормальным расположением его в матке (предлежание или низкое прикрепление детского места), в других — с изменениями в плаценте или в отпадающей оболочке, значительно ослабляющими связь между плацентой и стенкой матки и ведущими к преждевременной отслойке плаценты

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА

Предлежание детского места — *placenta praevia* — представляет собой тяжелое осложнение беременности и родов.

Обычно плодное яйцо оседает на отпадающей оболочке где-либо поблизости у трубного угла матки, и здесь развивается детское место. Если плодное яйцо не задерживается у дна полости матки, оно сползает вниз в нижний сегмент к внутреннему зеву.

При этом яйцо либо выбрасывается из матки, либо оседает здесь, располагаясь поблизости или даже над самым внутренним зевом; в этих случаях детское место оказывается предлежащей частью плодного яйца, почему указанная патология и носит название «предлежание детского места» — *placenta praevia*¹ (рис. 285).

Причины, способствующие образованию *placentae praeviae*, следует искать в патологических изменениях слизистой оболочки матки — воспаления, рубцовые изменения в слизистой оболочке после прижиганий ее иодом, после бывших аборт; иногда изменения слизистой оболочки зависят от наличия миоматозных узлов, вдающихся глубоко в полость матки.

В части случаев при не успевшем еще развиться трофобласте яйцо, неспособное быстро привиться на слизистой оболочке мат-

¹Via (лат.) — путь; *praevia* — на пути.

ки, сползает вниз и здесь имплантируется, образуется placenta praevia.

Не исключается возможность образования placenta praeviae в результате развития пышного хориона не только, как это бывает обычно, на участке, соответствующем базальной отпадающей оболочке, но и в области капсулярной оболочки. В дальнейшем этот участок капсулярной оболочки может оказаться над внутренним зевом, и таким образом может создаться предлежание детского места.

Формы предлежания детского места различают в зависимости от положения детского места по отношению к внутреннему зеву.

Если при некотором (на 1—1½ пальца) открытии зева прощупывается край детского места и одновременно с другой стороны прощупывается оболочка плодного пузыря, речь идет о краевом (или неполном) предлежании детского места — placenta praevia marginalis (рис. 286).

Если детское место покрывает внутренний зев и расположено над ним своей боковой частью, то имеется боковое предлежание детского места (placenta praevia lateralis) (рис. 287). Если детское место покрывает внутренний зев и расположено над ним своим центром, то налицо центральное предлежание детского места (placenta praevia centralis) (рис. 288).

Описанное деление является лишь схематическим; по мере увеличения открытия зева и сглаживания шейного канала одна форма предлежания может переходить в другую. Так, например, боковое предлежание детского места при значительном раскрытии внутреннего зева, укорочении и сглаживании шейного канала может оказаться краевым. Первоначально краевое предлежание детского места по мере раскрытия зева может совсем перестать быть предлежащим и превращается в низкое прикрепление детского места.

Возможно и обратное явление: первоначально имеется, например, краевое предлежание детского места, а по мере раскрытия внутреннего зева детское место не следует за ретракцией стенки матки вверх, а стягивается оболочками книзу, отслаивается от стенки матки, покрывает собой весь внутренний зев, и из краевого предлежания образуется как бы боковое.



Рис. 285. Центральное предлежание детского места.

Большую роль при этом играют оболочки плодного пузыря; они тянут за край детского места, что при одновременной ректракции стенки матки ведет к отслойке детского места.

Крайне трудно бывает определить, имеем ли мы дело с центральным или боковым предлежанием детского места, да это и не столь важно в практической работе.

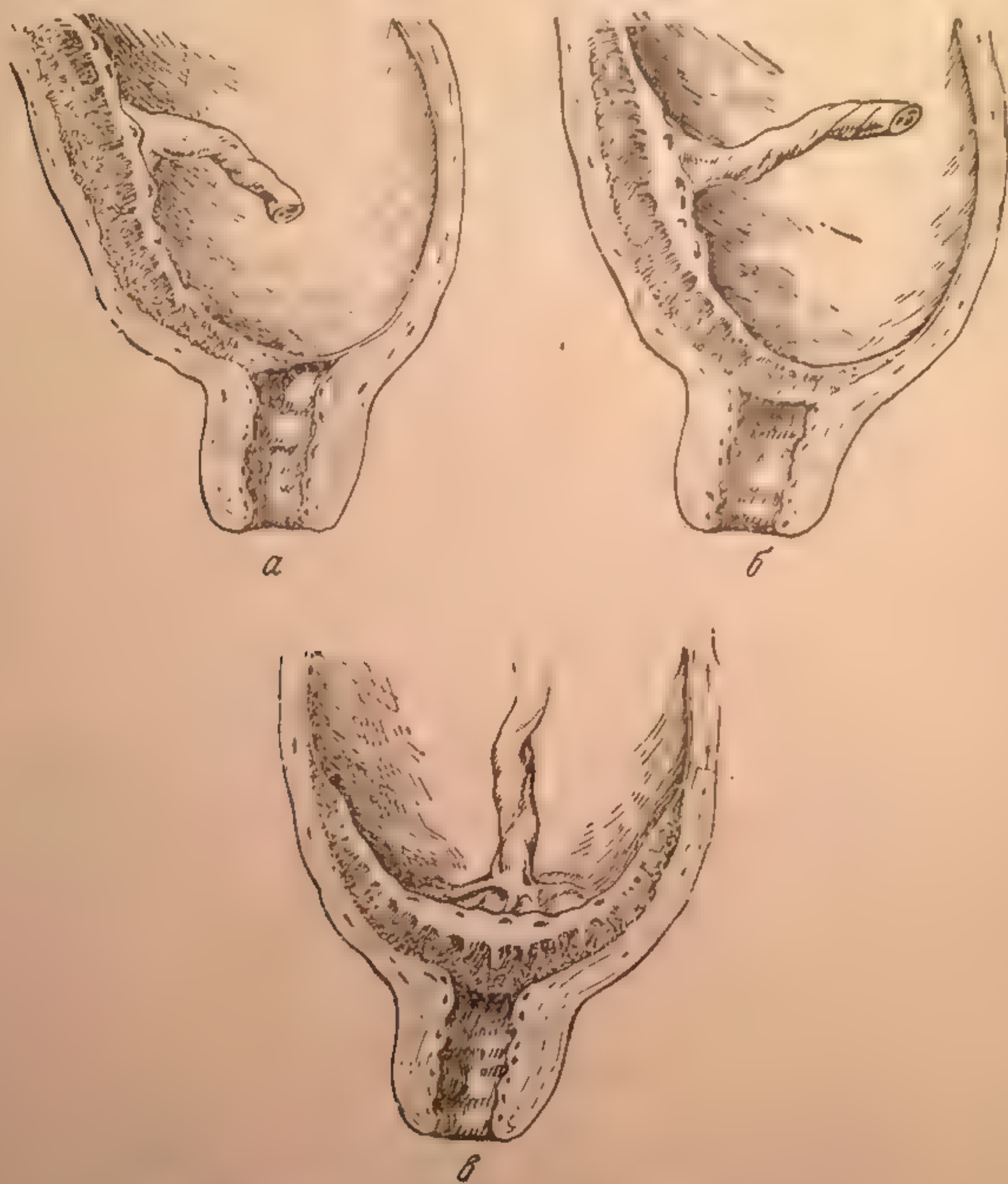


Рис. 286—288. Предлежание детского места.
а — краевое; б — боковое; в — центральное.

Обычно, если при достаточном раскрытии зева (два-три поперечных пальца) над ним кругом прощупывается ткань плаценты, это полное предлежание плаценты. Если же при достаточном открытии зева рядом с тканью плаценты прощупываются и оболочки, имеется неполное (частичное) предлежание плаценты.

Перешеечно-шеечное предлежание детского места, *placenta praevia isthmica cervicalis*, образуется в тех случаях, когда плодное яйцо оседает на слизистой оболочке перешейка. Развивающаяся плацента иногда спускается вниз по шейному каналу, достигая порой наружного зева. В подобных случаях при влага-

лишнем исследовании находят на месте шейки матки лишь выходящий в виде пуповки или соска наружный зев, переходящий как бы в раздутый мешок, — это шейка матки, растянутая плацентарной тканью.

Чем ниже в полости матки располагается детское место, тем глубже прорастают ворсины толщу маточной стенки, так как в этих местах отпадающая оболочка значительно тоньше и тем, понятно, опаснее это осложнение.

Признаки, характерные для предлежания и низкого прикрепления детского места: повторные кровотечения, иногда мажущиеся кровянистые выделения в последние 2—3 месяца беременности и обязательно возникающие кровотечения при родах.

Обычно кровотечение появляется как бы внезапно, без каких-либо предвестников, без болевых ощущений; иногда ночью беременная просыпается и видит, что она лежит в крови. Такое неожиданное, совершенно безболезненное появление кровотечения очень характерно для предлежания детского места.

Кровотечение в подобных случаях вызывается отслойкой детского места при формировании нижнего сегмента матки (стр. 175), которое обычно происходит задолго до родов и протекает безболезненно.

В нормальных случаях при формировании нижнего сегмента происходит отслойка оболочек нижнего полюса плодного яйца, при предлежании же плаценты — отслойка плаценты.

Отслойка оболочек не сопровождается кровотечением. Отслойка детского места сопровождается кровотечением; кровотечение может скоро прекратиться, но спустя некоторое время (дни, иногда недели) снова возобновляется.

Интенсивность кровотечения не всегда стоит в прямой зависимости от формы предлежания детского места. Нередко краевое предлежание сопровождается более сильным кровотечением, чем боковое; особенно сильным бывает кровотечение при разрыве краевого венозного синуса плаценты (рис. 44).

Д и а г н о з. Повторные кровотечения в конце беременности при отсутствии родовой деятельности, высоко стоящей предлежащей части (особенно у первородящей с нормальным тазом) позволяют предполагать предлежание детского места.

Точный диагноз устанавливается влагалищным исследованием (пальцами или, лучше, осмотром шейки при помощи зеркала).

Влагалищное исследование в подобных случаях необходимо производить очень бережно, с соблюдением строжайшей асептики и антисептики, так как исследующие пальцы непосредственно соприкасаются с кровоточащей плацентарной площадкой.

При открытой шейке матки удастся прощупать тотчас же у внутреннего зева мягкую, мясистой консистенции массу — это ткань плаценты. Обходя пальцем вокруг зева, надо только осязывать предлежащую плаценту, но не проникать вглубь между плацен-

той и стенкой матки, не отделять их друг от друга — это может повести к еще более сильному кровотечению, о чем никогда не надо забывать.

К сожалению, очень часто влагалищное исследование усиливает кровотечение, почему прибегать к нему следует, как правило, только в стационаре, где все заблаговременно подготовлено для немедленного кесарева сечения, для оказания немедленной помощи.

Для установления диагноза предлежания детского места в последнее время применяют (в конце беременности) и рентгенологический метод исследования. Наполняют мочевого пузыря контрастной жидкостью; на снимке между нижним полюсом тени головки и верхним краем контрастной тени получается щель. Чем шире эта щель, тем вероятнее предлежание плаценты.

Лечение. При появлении кровотечения во второй половине беременности, даже если это кровотечение незначительно или уже прекратилось, все равно следует немедленно направить беременную в родильный дом или больницу. Нельзя медлить и успокаиваться на том, что у беременной кровотечение прекратилось; в любой момент оно может возобновиться и оказаться смертельным, если не будет немедленно оказана необходимая помощь. Такая беременная должна находиться под постоянным непосредственным наблюдением врача в обстановке, обеспечивающей ей в любой момент необходимую акушерскую помощь, вплоть до чревосечения.

Как правило, у всех таких беременных должна быть заблаговременно определена группа крови, чтобы не терять ни минуты, когда появится необходимость быстро перелить кровь. При продолжающихся, хотя бы и незначительных, кровянистых выделениях надо обязательно систематически делать повторные исследования крови, так как и незначительные, но длительно существующие кровянистые выделения могут вести к тяжелой анемии. Переливание крови (иногда повторное), проводимое таким беременным, предупреждает развитие анемии.

Акушерская помощь при *placenta praevia* зависит от характера и силы кровотечения, от общего состояния беременной, от срока беременности, от того, первая это или повторная беременность, от формы предлежания и от обстановки, в которой приходится оказывать помощь.

Как видно, выбор вмешательства зависит от целого ряда моментов и требует большого акушерского опыта.

Покой. При первом же появлении кровотечения беременная должна быть немедленно помещена в стационар, где ей предписывается постельный режим.

Появляющееся в стационаре вновь кровотечение при хорошем состоянии беременной, если беременность недоношена и кровотечение не сильно, может позволить в некоторых случаях не торопиться с вмешательством и ограничиться дальнейшим внимательным наблюдением за беременной, за состоянием гемоглобина крови. В подобных случаях широко применяется перелива-

ние крови; таким путем добиваются прекращения кровотечения и быстрого восстановления хорошего общего состояния беременной. В случае непрекращающегося кровотечения или при сильном кровотечении, нарастающих признаках малокровия (учащенный пульс, бледные кожные покровы, снижение процента гемоглобина, уменьшение количества эритроцитов) требуется помощь, целью которой является добиться родоразрешения с минимальной потерей крови и получить живого ребенка.

Разрыв оболочек. При краевом предлежании детского места с достаточным открытием зева (не менее чем на два пальца), при сглаженном шейном канале кровоостанавливающее действие оказывает разрыв оболочек плодного пузыря (стр. 497). После разрыва оболочек дальнейшая отслойка детского места обычно прекращается; детское место, оставаясь в связи со стенкой матки, следует за ней вверх.

Метрейриз (стр. 493). При боковом или центральном предлежании плаценты, если открытие зева только около двух пальцев, при кровотечении иногда применяют операцию—метрейриз (рис. 309). Метрейринтер вводят в полость плодного яйца через шейный канал и через отверстие, сделанное в плаценте; затем метрейринтер наполняют стерильной жидкостью. Введенный метрейринтер, как клин, прижимает плаценту к стенкам нижнего сегмента матки. Тампонируя кровоточащие сосуды, метрейринтер одновременно способствует раскрытию шейного канала, почему в свое время изобретатель этого прибора русский врач Д. Трубницкий и назвал его «тампонорасширитель».

Метод «постоянного влечения» за головку. При краевом предлежании детского места в случаях с небольшим открытием шейки некоторые с успехом пользуются методом «постоянного влечения» за головку. Захватывают кожу головки специальными щипцами; можно пользоваться для этой цели крепкими щипцами Мюзо, захватив ими кожу на головке; к щипцам подвешивают небольшой груз и таким образом «постоянным влечением» за головку прижимают плаценту к стенкам матки.

К этому же методу прибегают иногда при преждевременных родах с центральным предлежанием детского места (при наличии небольшого кровотечения). Сквозь проделанное в детском месте отверстие проводят названные щипцы, захватывают ими кожу головки и осторожно прижимают головку к плаценте (рис. 310).

Как правило, к этому методу прибегают при недоношенной беременности и часто при мертвом плоде.

Поворот на ножку при неполном открытии зева. Если открытие зева не меньше $2\frac{1}{2}$ пальцев, шейка матки сглажена или значительно укорочена, что может быть и после введения метрейринтера, при продолжающемся кровотечении при недоношенной беременности, в особых случаях прибегают к пово-

роту плода и низведению ножки. Низведенная ножка своим действием напоминает действие метрейринтера.

При предлежании детского места имеются глубокие изменения в стенке нижнего сегмента, почему последний при малейшем насилии легко рвется.

При предлежании детского места шейка матки чрезвычайно легко поддается расширению, но эта кажущаяся легкость почти всегда связана с тем, что шейка, даже при бережном расширении ее, не растягивается, а большей частью разрывается, расплывается. Это надо помнить и всячески избегать насильственного расширения шейки.

Не следует тянуть или подвешивать большой груз (более 200 г) к метрейринтеру, а равно и к низведенной ножке.

При ведении родов с подобным осложнением должно быть готово все для немедленного зашивания разрыва шейки матки, для переливания крови и для чревосечения; разрывы в подобных случаях сопровождаются сильным кровотечением.

Извлекать плод в случае необходимости следует крайне осторожно, при мертвом плоде, как правило, прибегают к уменьшению плечевого пояса, рассечению ключицы (cleidotomia) и уменьшению головки путем перфорации.

Надо сказать, что поворот на ножку при неполном открытии зева при предлежании детского места даже у рожавших женщин, у которых открытие родовых путей идет легче и быстрее, и даже при доношенном плоде все же представляет большой риск для матери и еще больший риск для плода. Этот метод ведения часто угрожает жизни роженицы, а смертность детей при нем огромна. Нечего говорить, что при доношенном плоде и особенно у первородящих все эти опасности еще больше.

При современном состоянии оперативного акушерства более бережным способом родоразрешения при сильном кровотечении вследствие предлежания детского места является кесарево сечение. Если эта операция производится не на очень обескровленной женщине, то обычно удается получить и живого младенца.

Приступая к кесареву сечению у женщины с большой кровопотерей, необходимо предварительно произвести переливание крови, что значительно улучшает исход операции и для матери, и для плода. По окончании операции производят повторное переливание крови.

Ведение последового периода при родах с предлежанием плаценты. После извлечения или рождения плода следует во избежание кровопотери отделить детское место рукой (стр. 445).

Одновременно с отделением детского места необходимо рукой проверить состояние стенок нижнего сегмента и шейки матки. Участок, соответствующий плацентарной площадке, расположенной в нижнем сегменте матки, плохо сокращается. Поэтому и после отделения плаценты иногда в ближайшие часы продолжается кровотечение. Родильница нуждается в особенно внима-

тельном наблюдении после родов. Нередко бывают необходимы срочные мероприятия — подкожное впрыскивание 1—2 мл питуитрина, лед на низ живота, прижатие брюшной аорты (стр. 449).

Наиболее эффективным мероприятием в борьбе с развившимся малокровием является переливание одногруппной цельной крови или эритроцитной взвеси.

Послеродовой период в подобных случаях, если не произведено своевременно переливание крови, вследствие значительной кровопотери и связанного с этим ослабления сопротивляемости организма, часто протекает с осложнениями.

Близость плацентарной площадки к влагалищу благоприятствует более быстрому внедрению и развитию микроорганизмов. Значительно измененные стенки нижнего сегмента матки плохо сокращаются, что также способствует развитию попадающей сюда инфекции.

Наиболее эффективным профилактическим мероприятием, повышающим сопротивляемость организма, является своевременное переливание крови, в частности, плацентарной (стр. 528).

При шеечном предлежании детского места единственным правильным методом родоразрешения является операция кесарева сечения с последующим удалением матки.

При низком прикреплении плаценты в конце беременности и особенно в родах появляются кровянистые выделения. Сильного кровотечения при этом обычно не бывает; состояние матери и плода мало страдает. С отхождением вод или после искусственного разрыва плодного пузыря кровянистые выделения в большинстве случаев прекращаются, и роды протекают самостоятельно.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА ДЕТСКОГО МЕСТА

Преждевременная отслойка детского места представляет собой тяжелое осложнение; плацента, расположенная на обычном месте, отслаивается до рождения ребенка (рис. 289 и 290).

Преждевременная отслойка детского места может зависеть от ряда изменений в организме женщины, от изменений в плаценте, децидуальной оболочке матки (воспаления, перерождения), значительно нарушающих взаимную связь плаценты со стенкой матки. Подобное явление может иметь место при некоторых заболеваниях беременной (хронический нефрит, гипертоническая болезнь, порок сердца, заболевания эндокринной системы).

Преждевременная отслойка детского места встречается иногда при многоводии и многоплодии, иногда она может начаться в результате травмы (сильный удар по животу, падение на живот). Кровотечение вследствие преждевременной отслойки детского места, почти как правило, появляется с наступлением родовой деятельности, при схватках. Это до некоторой степени помогает

в первый момент отличить его от кровотечения, обусловленного предлежанием детского места. При последнем кровотечение в большинстве случаев появляется без родовой деятельности.

Преждевременная отслойка детского места может быть частичной и полной. При частичной отслойке, как это бывает иногда



Рис. 289. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места. Отслойка в центре. Обширная позадиплацентарная гематома.

и при низком прикреплении плаценты, лишь небольшая часть плаценты отделяется от стенки матки, причем и кровотечение может быть незначительным. При большей отслойке отделяется большая часть или даже вся плацента, что влечет за собой внезапную смерть плода, большую кровопотерю у матери, быстро наступающее острое малокровие, а при отсутствии немедленной помощи — смерть матери.

Кровотечение при преждевременной отслойке детского места в отличие от такового при предлежании дет-

ского места может быть и наружным, и внутренним. Внутреннее кровотечение, наряду с другими признаками, прежде всего характеризуется побледнением кожных покровов беременной, частым, слабым, иногда нитевидным пульсом, ухудшением и исчезновением сердцебиения плода.

Если детское место отслаивается с краю (рис. 290), то вытекающая кровь скопляется между стенкой матки и оболочками. При этом, если оболочки не разрываются, скопившаяся кровь отслаивает их, оттесняет внутрь, в силу тяжести опускается вниз и, постепенно дальше отслаивая оболочки от стенки матки вплоть до внутреннего зева, вытекает наружу; иногда скопляющаяся кровь разрывает оболочки и изливается в полость яйца.

При отслойке плаценты в центре (рис. 289) кровь изливается между плацентой и стенкой матки. Все увеличивающаяся в подобном случае ретроплацентарная гематома растягивает и выпячивает соответствующий участок стенки матки, при этом растягивается и ее брюшинный покров, что вызывает резкую болезненность в этом участке. При пальпации живота беременной находят в подобных случаях напряженную матку; в одном ее

участке имеется значительное выбухание, очень болезненное при дотрагивании.

Следует иметь в виду, что большое количество скопившейся крови может привести не только к выбуханию и растяжению стенки матки, к пропитыванию стенки матки кровью, но и к разрыву стенки и даже к разрыву брюшинного покрова. При этом столько выбуханием скопившейся крови, сколько пропитыванием тканей матки кровью.

Преждевременная отслойка детского места представляет очень тяжелое осложнение как для плода, так и для матери и всегда требует экстренной акушерской помощи.

Диагноз. Если при наличии кровотечения не обнаруживается влагалищным исследованием предлежания плаценты, значит, кровотечение вызвано преждевременной отслойкой детского места.

Лечение. При небольшом кровотечении и малом открытии зева иногда достаточно прорвать плодный пузырь; после этого дальнейшая отслойка плаценты очень часто прекращается, и роды могут закончиться благополучно.

При большом кровотечении, независимо от того, наружное оно или внутреннее, необходимо немедленно опорожнить матку.

Если воды целы, открытие шейки полное или близко к полному, что позволяет извлечь плод, производят при подвижной предлежащей части плода поворот на ножку (стр. 509) с последующим извлечением плода и немедленным вслед за этим извлечением плаценты; при фиксированной глубоко во входе головке производят перфорацию и краниоклазию и немедленное извлечение плода за головку с помощью краниокласта (стр. 524); при головке, стоящей в полости или в выходе таза, — наложение щипцов с предварительной перинеотомией.

При малом открытии шейки матки, при головке относительно подвижной, единственным методом, каким удаётся спасти мать, а нередко и ребенка, является кесарево сечение.

Как и при предлежании детского места, при преждевременной отслойке надо перелить кровь до и после операции.



Рис. 290. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места. Отслойка с краю. Наружное кровотечение.

В условиях самостоятельной работы акушерки на сельском участке эта патология беременности является, пожалуй, наиболее опасной. Разумеется, если акушерка проявляет активность в своей работе, если она своевременно выявляет те или иные отклонения от нормального течения беременности, ей, возможно, и не придется встретиться с этой патологией.

Всех женщин с токсикозами беременности, с перенесенным воспалением половых органов, с заболеваниями почек и другими заболеваниями, при которых может встретиться описанная патология, следует, как уже говорилось, заблаговременно отправить в стационар.

Но если по тем или иным причинам акушерке пришлось встретиться с подобной патологией, необходимо прежде всего срочно вызвать врача. До прибытия врача, если состояние женщины ухудшается, акушерка может разорвать плодный пузырь; при головке, стоящей в выходе таза, произвести перинеотомию, чтобы ускорить родоразрешение.

В условиях родильного дома или родильного отделения больницы при подвижной головке оказывается наиболее уместной операция кесарева сечения.

Глава XXVII

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кровопотеря при нормальном течении последового периода обычно в среднем не превышает 300 мл. Если кровопотеря оказывается значительнее, это в большинстве случаев указывает на ненормальное течение последового периода. Поэтому важно в этом периоде собирать кровь, вытекающую из половых путей, и измерять количество ее.

Отделение плаценты происходит благодаря сокращениям мускулатуры матки; при нормальной отслойке эти же сокращения вызывают сжатие просветов сосудов плацентарной площадки, что и способствует остановке кровотечения.

Если отслойка плаценты совершается не полностью, т. е. если часть плаценты отслаивается, а часть остается в связи со стенкой матки, то из сосудов несократившейся плацентарной площадки, где произошла отслойка, продолжается кровотечение.

НЕПРАВИЛЬНАЯ ОТСЛОЙКА ДЕТСКОГО МЕСТА

Неправильная отслойка детского места может зависеть либо от приращения части детского места, либо от ущемления его в трубном углу или в нижнем сегменте, а также от недостаточных и неравномерных маточных сокращений, что может стоять в связи с особенностями строения стенки матки (недоразвитая матка,

чрезмерно растянутая матка, измененная стенка после перенесенных воспалений, аборт). Нарушение нормальной отслойки детского места может быть вызвано применением спорыньи при еще не отделившейся плаценте. Очень часто акушерка или врач нарушают нормальную отслойку плаценты ненужными преждевременными раздражениями матки, разминанием ее и массажем. Подобные механические раздражения приводят к тому, что часть плаценты отслаивается, а другая часть ущемляется в сократившемся участке матки — в результате сильное кровотечение.



Рис. 291. Выжимание последа по Креде.

Как правило, ведение последового периода должно быть строго выжидательным; акушерка следит за характером и степенью кровотечения, за изменениями формы матки, за пульсом роженицы и за общим ее состоянием. Важно следить в последовом периоде за опорожнением мочевого пузыря; переполненный мочевой пузырь препятствует нормальной отслойке плаценты. Роженица должна самостоятельно помочиться; если же сама не может этого сделать, то при переполнении мочевого пузыря надо спустить мочу катетером.

Иногда этого оказывается достаточно для того, чтобы самостоятельно родился послед.

Во избежание даже указанной выше обычной кровопотери в последовом периоде некоторые акушеры рекомендуют сейчас же после рождения ребенка впрыснуть роженице под кожу 0,5—1 мл питуитрина.

После опорожнения мочевого пузыря, пользуясь указанными выше (стр. 218) признаками, определяют, отделилось ли полностью детское место от стенки матки или еще находится в связи с ней. Если послед не выходит самостоятельно, то при отделившемся детском месте последнее удаляют одним из сле-

дующих приемов: 1) методом Абуладзе (рис. 150), 2) надавливанием положенной ладонью или ладонями на нижнюю половину брюшной стенки, 3) выжиманием последа по Креде (рис. 291 и 292), по Гентеру или по способу Елкина-Гентера (рис. 293).



Рис. 292. Положение руки при выжимании последа по Креде.

Если в результате применения первых двух приемов послед не выделяется, применяют его выжимание.

Метод выжимания последа по Креде. После опорожнения мочевого пузыря устанавливают матку по средней линии живота и массируют поглаживанием ее дна; как только матка под рукой сократится, ее обхватывают правой рукой так, чтобы ладонь лежала на дне матки, большой палец — на передней стенке ее,

а все остальные пальцы — на задней стенке. Захваченную таким образом матку сжимают в руке и производят давление книзу, в сторону половой щели (рис. 291 и 292).

В случае неудачи рекомендуется метод Креде повторить под наркозом, учитывая, что, благодаря наркозу, устраняется возможное ущемление уже отделившейся плаценты. Некоторые рекомендуют с первого же раза применять метод Креде только под наркозом, чтобы не терять драгоценного времени.

Метод выжимания последа по Гентеру заключается в следующем: после опорожнения мочевого пузыря матку устанавливают по средней линии живота, сжатые в кулаки обе руки тыльной поверхностью



Рис. 293. Выжимание последа по Елкину-Гентеру.

основных фаланг кладут на дно матки в области трубных углов и производят одновременное давление пальцами в направлении к шейке матки; при этом роженицу просят не тужиться, иначе этот прием трудно произвести.

Для применения способа Елкина-Гентера акушерка или врач становится не сбоку роженицы, а между ее разведенными ногами, лицом к роженице (рис. 293). Дно матки захватывают обеими руками, матку массируют и затем выжимают послед на себя.

В условиях самостоятельной работы акушерки применение наркоза не разрешается, а поэтому, если применение приема Креде, Гентера или Елкина-Гентера оказывается безуспешным, надо прекратить излишнюю травму матки и, не теряя времени, приступить к ручному отделению последа.

Ручное отделение последа. Если последовый период проводить строго выжидательно, без ненужных преждевременных манипуляций, то процент ручных отделений окажется очень незначительным. К этой операции приходится прибегать только в случаях приращения детского места.

Операция ручного отделения последа является опасным вмешательством, так как при ней возможно занесение инфекции в полость матки, а отсюда через зияющие сосуды в общий ток крови. Опасность эта усугубляется еще тем, что, к сожалению, весьма нередко ее производят уже на обескровленной женщине, у которой сопротивляемость организма значительно понижена. Особенно неблагоприятны последствия этой операции в тех случаях, когда уже имеется налицо инфекция (высокая температура, гнойные выделения).

При наличии в последовом периоде кровотечения необходимо быстро ориентироваться в характере отслойки плаценты.

Кровопотерю надо учитывать не только по степени наружного кровотечения—надо также помнить о возможности скопления большого количества крови и в полости матки, на что указывает учащение пульса, форма и консистенция матки (матка вает учащение пульса, форма и консистенция матки (матка дряблая, широкая). Независимо от количества теряемой крови, надо следить и за состоянием роженицы.

К ручному отделению последа надо прибегать, не дожидаясь значительной кровопотери и тяжелой реакции женщины на нее, значительная анемия ведет к тяжелому нарушению функций коры головного мозга. Только внимательным наблюдением за отклонениями в течении последового периода можно своевременно установить показания к этой операции.

Техника ручного отделения последа. Предварительно опорожняют мочевой пузырь и тщательно дезинфицируют наружные половые органы и внутренние поверхности бедер: сначала их обмывают, затем осушивают стерильной марлей на корнцанге и смазывают иодом. Тщательно моют и дезинфицируют руки; лучше оперировать в стерильных перчатках.

Пальцами левой руки широко раздвигают половую щель, а правой рукой, сложив конусообразно концы пальцев, входят во влагалище и дальше через шейку в полость матки. По пуповине доходят до корня ее и под контролем левой руки, положенной теперь снаружи на дно матки и фиксирующей матку, достигают отслоившегося, свисающего края плаценты; осторожными пилообразными движениями введенной кисти проникают между стенкой матки и плацентой и постепенно отслаивают ее. Отделив таким образом всю плаценту, руку не вынимают, а левой рукой

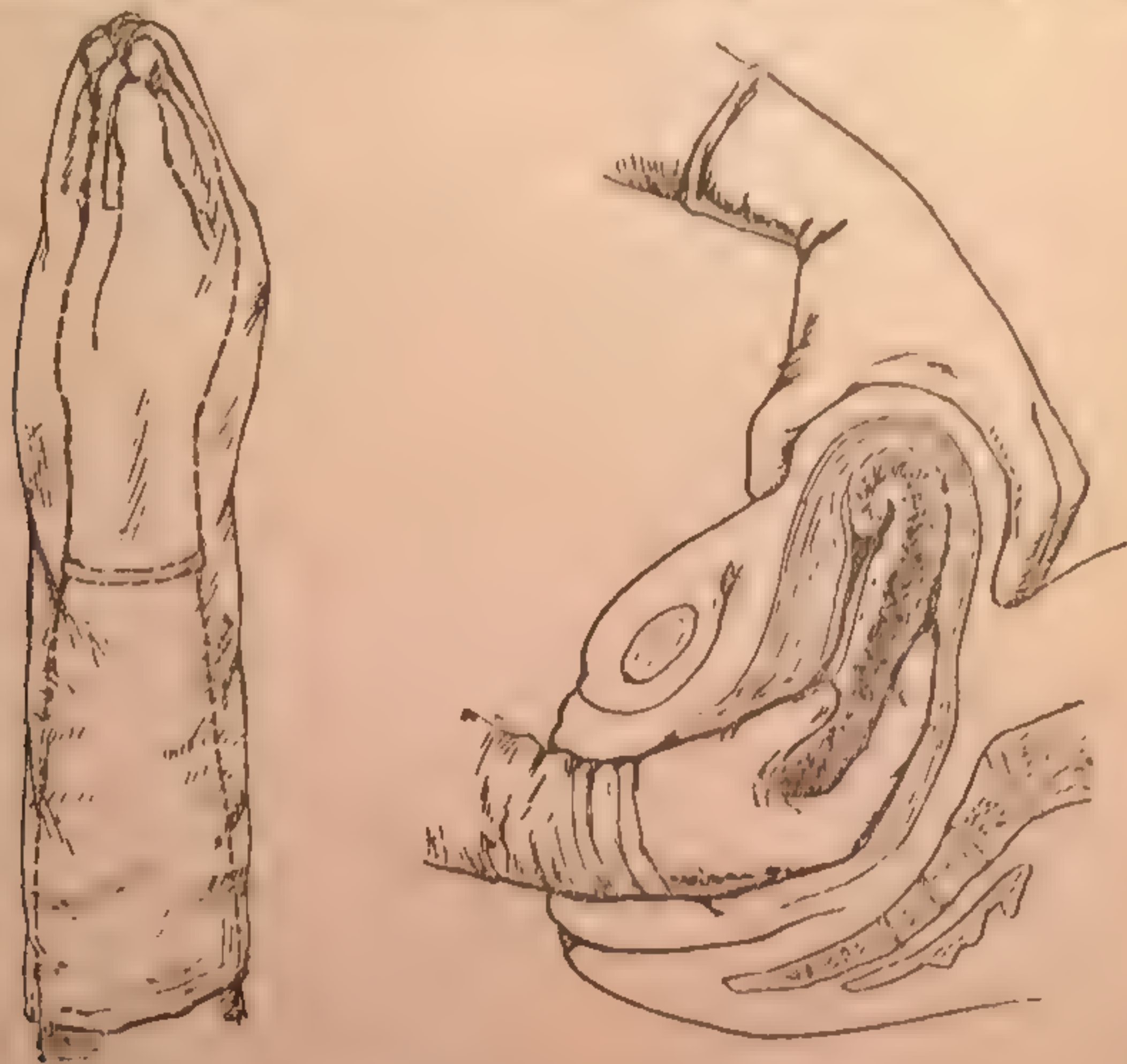


Рис. 294—295. Рукав Окинчица при ручном отделении последа.

за пуповину извлекают послед; этому помогает и рука, находящаяся в матке. После выведения последа рукой, продолжающей оставаться в матке, тщательно проверяют стенки полости матки, отделяют, если окажутся, задержавшиеся плацентарные дольки или части их и оболочки и, убедившись, что стенки полости матки чисты, производят массаж матки наружной рукой на «кулаке» внутренней руки, после чего выводят руку из матки. После ручного отделения последа полость матки обычно ничем не промывают.

При большой кровопотере необходимо произвести переливание крови (не менее 500—600 мл).

Чтобы уменьшить возможность занесения инфекции из влагалища в матку, Л. Л. Окинчиц предложил пользоваться при операции ручного отделения последа специальным стерильным рукавом из тонкой, мягкой бязи (рис. 294). Такой чехол надевают на вымытую, как указано выше, руку; конец чехла изнутри захва-

тывают пальцами и руку в таком виде вводят во влагалище. Дойдя в чехле до шейки матки, конец чехла (рис. 295), захваченный пальцами, выпускают и оголенную кисть вводят в полость матки. Таким образом, рука проходит в матку, не загрязняясь во влагалище. Стерильные рукава хранятся в растворе лизола, вследствие чего они делаются скользкими, что облегчает их проведение по влагалищу.

Обычно отслойка плаценты рукой совершается легко. Но иногда можно встретить (правда, это бывает крайне редко) такое глубокое врастание ворсин в стенку матки, что ручное отделение плаценты оказывается очень трудным, а подчас и невозможным. В подобных случаях отделяющая рука может проникнуть глубоко в толщу маточной стенки, и, если своевременно не прекратить дальнейшего надрывания, рука может прорвать стенку матки и проникнуть в брюшную полость.

Своевременно обнаружив глубокое врастание ворсин в мышечный слой матки (*placenta increta*), необходимо прекратить дальнейшее ручное отделение детского места. В подобном случае единственно правильным методом, спасающим жизнь роженицы, является удаление матки. Если бы такая патология встретилась не в родильном доме, необходимо отказаться от попытки дальнейшего ручного отделения плаценты и, туго затампонировав матку и влагалище (стр. 503), немедленно вызвать врача или (по распоряжению врача) отправить роженицу в ближайшую больницу «скорой помощью» или самолетом, лично ее сопровождая.

Задержание остатков последа. После самостоятельного выхода или отделения детского места с оболочками мускулатура матки сокращается, закрываются просветы сосудов плацентарной площадки, кровотечение прекращается. Если же мускулатура матки плохо сокращается, то просветы сосудов не сжимаются, и кровотечение продолжается.

Кровотечение после родов чаще всего зависит от того, что в полости матки задерживаются части последа.

Каждый послед должен быть тщательно осмотрен. Если при этом обнаруживается, что недостает дольки плаценты, основной или добавочной, необходимо даже при отсутствии кровотечения тотчас же обследовать рукой полость матки и удалить задержавшиеся остатки плаценты. Тем более это необходимо при кровотечении. Оставшаяся в полости матки плацентарная долька грозит в дальнейшем кровотечением или тяжелым послеродовым заболеванием.

Несколько иного поведения придерживаются в тех случаях, когда в матке остаются только оболочки. Если при этом нет кровотечения, то оболочки не удаляют; обычно они самостоятельно выходят на 3—4-й день после родов. Однако следует помнить и отметить в истории родов, что оболочки остались в матке, так как в тех случаях, когда оболочки самостоятельно не выходят

к указанному выше сроку, их иногда приходится удалять с помощью корнцанга.

Техника удаления задержавшихся в матке остатков последа в общем такова же, как и техника ручного отделения последа (стр. 445). Обычно кровотечение после удаления остатков последа вскоре прекращается, так как опорожненная матка хорошо сокращается.



Рис. 296. Прижатие брюшной аорты кулаком.

В некоторых случаях удаление остатков последа производят не рукой, а инструментами (врачи!) — посредством выскабливания большой кюреткой.

ГИПОТОНИЧЕСКОЕ И АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Если после родов при полном опорожнении матки последняя все же не сокращается и кровотечение продолжается, то имеется так называемое гипотоническое кровотечение, зависящее от значительного понижения сократительной способности матки. В очень редких

случаях сократительная способность отсутствует совершенно; тогда говорят об атоническом кровотечении. Гипотоническое кровотечение встречается в случаях длительных родов, вызвавших резкое утомление и даже истощение мускулатуры матки, при перерастяжении стенок матки, что имеет место при многоплодии и многоводии, при инфекции во время родов, при наличии воспалительных изменений и при опухоли (фибромиома) стенки матки. Особенно часто встречается подобное кровотечение после перенесенных аборт.

Надо полагать, что в основе происхождения этой тяжелой патологии родового акта лежат изменения и нарушения иннервации матки. На это в свое время (1881) обратил внимание Н. В. Ястребов, указав, что причину атонии матки следует искать в нервной системе, в заболевании некоторых нервных узлов.

Первым мероприятием при подобных кровотечениях, если послед выделился полностью, является массаж матки через брюшные покровы. При этом матка, прощупываемая в виде дряблого мешка, после энергичного длительного массажа и выдавливания из нее сгустков крови начинает хорошо контурироваться. Массаж матки продолжают и одновременно применяют сокращающие средства: подкожно вводят 1 мл эрготина и 1 мл питуитрина; на низ живота кладут пузырь со льдом.

Если после указанных мероприятий кровотечение возобновляется и стенки матки расслабляются, необходимо немедленно обследовать ее полость рукой (стр. 445), если она ранее не была обследована. Несмотря на опасность этого вмешательства,

к нему все же приходится прибегать, так как ручное обследование матки во многих случаях является единственным эффективным средством в борьбе с гипотоническим кровотечением. При ручном обследовании полости матки необходимо отделить от сте-



Рис. 297. Прижатие брюшной аорты при помощи валика

нок матки элементы плаценты и оболочек, если таковые окажутся, а затем, не вынимая руки, сжать ее в кулак, другой же рукой, обхватив через брюшные покровы матку, энергично массировать матку на находящемся в ее полости кулаке. Обычно таким путем удастся добиться хорошего сокращения матки и прекращения кровотечения.

Весьма эффективным мероприятием при гипотоническом кровотечении является прижатие брюшной аорты (рис. 296)—прием, впервые примененный в акушерской практике русским акушером И. П. Лазаревичем (1862). Кулаком или валиком аорту



Рис. 298. Тугое прибинтовывание валика.

прижимают к позвоночнику и держат до прекращения кровотечения. Так как при этом рука скоро устает, рекомендуется производить прижатие попеременно то одной, то другой рукой; или же аорту прижимают валиком и туго его прибинтовывают (рис. 297 и 298). Подобное прижатие крупного сосудистого ствола ведет к временной аноксии мускулатуры матки, что вызывает сокращение ее.

Хорошие результаты при атоническом кровотечении в после-
довом периоде дает рекомендованный Г. Г. Гентером, П. А. Бойко,

Г. Я. Аршевым метод сжатия сосудов нижнего сегмента матки при одновременном оттягивании матки кверху и массаже матки. Для этого (рис. 299) после опорожнения мочевого пузыря ладонью правой руки туго обхватывают нижний сегмент матки, примерно как при третьем наружном приеме, но только сильно, и приподнимают матку насколько возможно кверху. Одновременно другой рукой массируют матку. Этим достигается вытяжение и сжатие маточных сосудов, вследствие чего уменьшается приток крови к матке, создается аноксия, что вызывает ее сокращение.



Рис. 299. Сжатие сосудов матки с одновременным приподниманием ее (метод Гентер-Бойко-Аршева).

В громадном большинстве гипотонических кровотечений этими мероприятиями удастся добиться сокращения матки и прекращения кровотечения. Однако трудно сказать заранее, окажется ли акушерка в состоянии доступными ей мероприятиями самостоятельно справиться с этим тяжелым осложнением. Поэтому в каждом подобном случае, приступая к оказанию экстренной помощи, она обязана с самого начала немедленно же вызвать врача, предупредив его о характере патологического отклонения. До прибытия врача акушерка проводит описанные выше мероприятия.

В случае действительной атонии матки, что, к счастью, встречается редко, описанные мероприятия могут оказаться недостаточными, и спасти жизнь больной в подобных случаях можно лишь удалением матки оперативным путем.

Понятно, такая операция может быть произведена быстро, если атоническое кровотечение имеет место в родильном доме или в больнице. Если же подобное кровотечение встретится во внебольничных условиях, необходимо для остановки кровотечения прибегнуть к тугой тампонации полости матки, которую

производит прибывший по срочному вызову акушерки врач, и лишь в крайнем случае тампонацию производит сама акушерка (стр. 504). Дальнейшие мероприятия для окончательной остановки кровотечения проводит врач; он же решает вопрос о возможности транспортировки родильницы в больницу.

ПОЗДНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

К поздним послеродовым кровотечениям относят кровотечения, появляющиеся у родильницы, начиная со второго дня после родов. Почти как правило, поздние послеродовые кровотечения связаны с задержкой в полости матки остатков плаценты. Если детское место осматривают невнимательно и пропускают дефекты в плаценте, то чаще встречаются и поздние послеродовые кровотечения. Задержка остатков плацентарной ткани ведет не только к кровотечениям, но и к целому ряду тяжелых послеродовых заболеваний. Поэтому в акушерской практике издавна существует правило: при наличии дефекта в плаценте, независимо от того, есть или нет в данный момент кровотечение, обязательно обследовать рукой полость матки и удалить задержавшиеся остатки.

Иногда задержавшийся кусочек плацентарной ткани в дальнейшем выходит самостоятельно, если же он небольшой, то не исключается возможность его «расплавления». Нередко задержавшийся кусочек плацентарной ткани, будучи плотно связан со стенкой матки, сохраняется, превращаясь в дальнейшем в плацентарный полип. В последнем случае у женщины может появиться кровотечение и спустя длительный срок после родов.

В некоторых случаях поздние послеродовые кровотечения связаны с инфекцией. Инфицированные тромбы в сосудах плацентарной площадки расплавляются, и появляется кровотечение.

При появлении значительного кровотечения или длительных кровянистых выделений, при плохо сокращающейся матке, при отсутствии формирования шейки матки иногда бывает необходимо проверить полость матки (врач!). Если у больной нет послеродовой инфекции, проверка полости матки оказывается достаточно эффективной. При инфекции необходимо предварительное лечение, что в каждом отдельном случае решает только врач.

Такую родильницу акушерка немедленно транспортирует в стационар.

Всегда при кровотечениях роженица или родильница оказывается в опасном положении.

Понятно и тягостное чувство акушерки, которая встречается с такой больной. Для проведения большинства акушерских

мероприятий, необходимых в подобных случаях, требуется надлежащая обстановка, а самое главное технические навыки (кесарево сечение, наложение шнпцов, перфорация головки, переливание крови), которыми акушерка не владеет или которые не может проводить без врача.

Отсюда вытекает, что акушерке необходимо своевременно и тщательно проводить подробное обследование каждой беременной. Это даст возможность заранее выявить беременных с токсикозами, с заболеваниями почек, с перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, с узким тазом и своевременно их госпитализировать. Беременных с узким тазом, беременных, у которых имелось или имеется кровотечение или кровянистые выделения, необходимо заблаговременно госпитализировать.

Акушерка должна установить тесную связь с больницей, с акушером или хирургом больницы, чаще с ними советоваться и пользоваться их помощью. Во всех случаях тяжелой патологии, когда акушерка не в состоянии справиться сама, она не должна теряться. Необходимо добиваться всеми возможными средствами, в зависимости от условий работы (телефон, радио, самолет), срочного вызова врача или, по консультации с врачом, доставки женщины в больницу, если ее состояние позволяет осуществить это.

Необходимо, чтобы средства транспорта могли быть использованы в любую минуту и срочно. Всегда надо иметь наготове акушерскую сумку (или заменяющий ее набор), содержащую все необходимое для оказания экстренной и неотложной помощи.

Мероприятия после остановки кровотечения

Остановив кровотечение, нельзя на этом успокоиться. Перед нами обескровленная женщина с явлениями острого малокровия, с нарушением функции коры головного мозга (головокружение, шум в ушах, ослабление зрения, частый, иногда нитевидный пульс).

В акушерской практике необходимо учитывать, что почти каждому кровотечению предшествует нервно-болевое раздражение, связанное с родовым актом. Нервно-болевое раздражение, если оно предшествует кровопотере, делает организм значительно более чувствительным к кровопотере (И. Р. Петров). Если потеря крови в обычных условиях, будучи сама по себе сильным раздражителем, влечет за собой истощение клеток центральной нервной системы, то сочетание двух таких сильных раздражителей (болевое раздражение и кровопотеря) в значительной степени усугубляет это.

Даже относительно небольшая кровопотеря в родах или после родов может стать очень опасной для организма, поскольку могут оказаться исчерпанными возможности приспособительных

механизмов центральной нервной системы. Регуляция и координация функций систем (дыхания, кровообращения, крови), направленных на борьбу организма с возникшим вследствие кровопотери кислородным голоданием, осуществляются центральной нервной системой и прежде всего корой больших полушарий.

Степень опасности кровотечения не определяется только количеством теряемой крови. Величина смертельной кровопотери весьма относительна и определяется прежде всего реактивностью целостного организма.

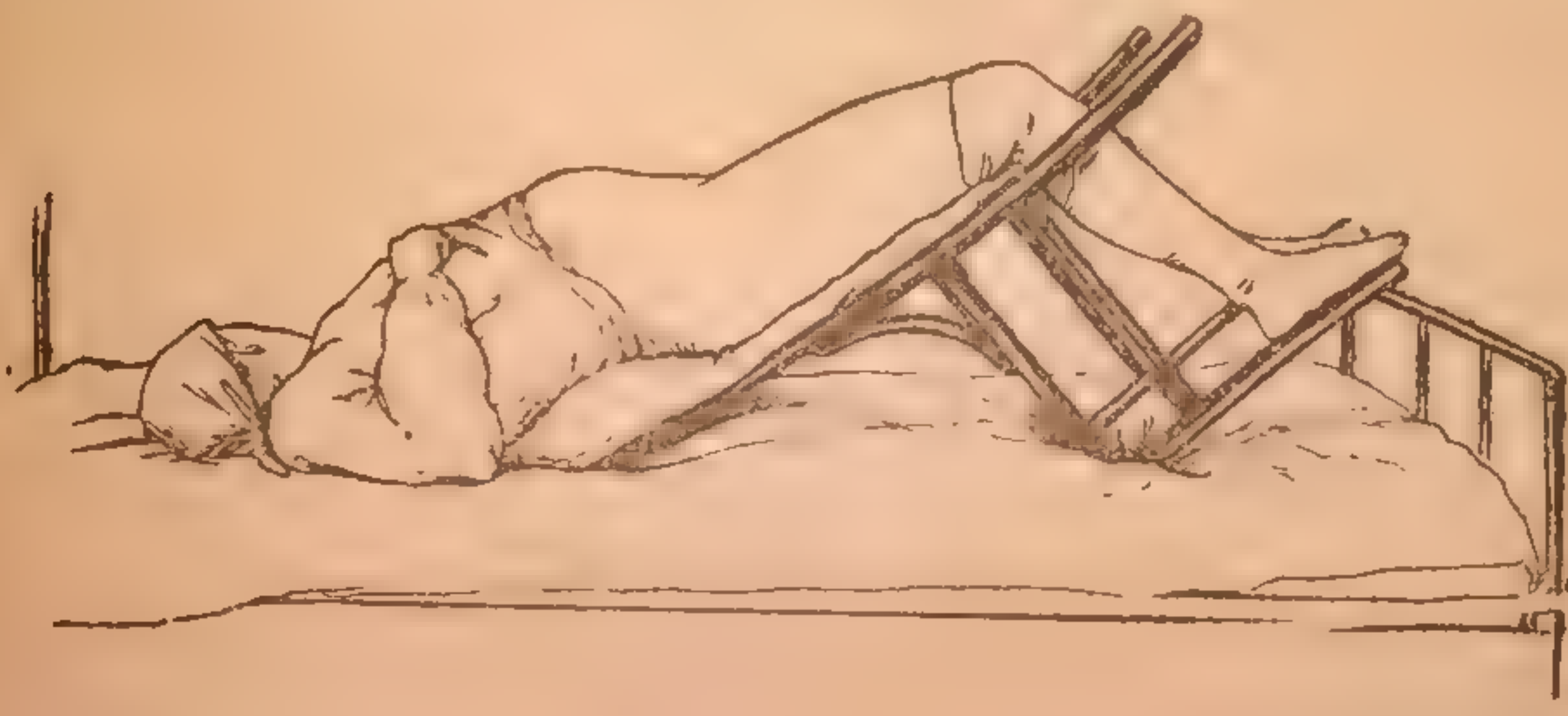


Рис. 300. Положение женщины с приподнятыми нижними конечностями.

Учитывая сказанное, необходимо в каждом случае с самого начала появления кровотечения немедленно применять эффективные меры к ликвидации кровотечения и одновременно к восстановлению нарушенных функций.

Если не принять своевременно соответствующих мер, можно потерять женщину и после прекращения кровотечения; поэтому необходимо ее уложить в теплую кровать, обложить грелками, положив их прежде всего к ногам и голове. Надо внимательно следить за тем, чтобы не случилось ожогов. У женщины в таком состоянии чувствительность кожи понижена.

Женщине придают положение с приподнятыми ногами, для чего под голени и бедра кладут подушки или стул (рис. 300), или приподнимают ножной конец кровати, пользуясь особой подставкой или стулом. Такое положение придается для того, чтобы улучшить приток крови к головному мозгу и к сердцу.

Надежным средством, быстро восстанавливающим нарушенные функции жизненно важных центров нервной системы, является переливание крови: оно улучшает общее состояние родильницы, повышает иммунобиологические свойства и тем предупреждает развитие послеродовых заболеваний. В тяжелых стадиях шока, при агонии или в период клинической смерти, наступивших в результате массивной кровопотери, показано внутриартериальное нагнетание крови (150—300 мл) по

направлению к сердцу с последующим внутривенным переливанием крови (В. А. Неговский). При отсутствии дыхания показано искусственное дыхание.

В условиях колхозного родильного дома до прибытия врача акушерка в подобных случаях вводит больной в подкожную клетчатку 1 000 мл теплого физиологического (0,85%) раствора хлористого натрия и 400—500 мл 5% раствора глюкозы. В крайнем случае эту жидкость можно ввести капельным путем в прямую кишку; жидкость из толстого кишечника быстро всасывается, и через некоторое время введение можно повторить.

Наряду с описанными мероприятиями, необходимо больную поить, давая ей чайными ложками теплый чай или кофе; сразу много жидкости давать не следует, так как это приводит к рвоте.

Для поддержания сердечной деятельности после остановки кровотечения впрыскивают 2—3 мл 20% камфоры.

Такой родильнице необходимо обеспечить особый уход и продолжать наблюдение за ней.

Для акушерки должно быть ясно, что, где бы она ни работала, если не будет обеспечена возможность экстренного проведения переливания крови, ее ожидают тяжелые переживания и справедливые упреки. Необходимо при постоянном руководстве и консультации врача района иметь доноров среди персонала и людей, проживающих вблизи колхозного родильного дома, и периодически через районную станцию переливания крови обследовать их. Это даст возможность акушерке, работающей на селе, при срочном вызове врача произвести переливание крови на месте и таким путем спасти родильницу от тяжелого послеродового заболевания, а может быть, даже от смерти.

Глава XXVIII

ПОВРЕЖДЕНИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ РОДАХ

Значительное растяжение, которому подвергаются мягкие родовые пути при родах, часто ведет к образованию разрывов и трещин родовых путей.

Небольшие трещины слизистой оболочки в глубине влагалища нередко остаются незамеченными, так как обычно после родов без особых показаний влагалище не осматривают в зеркалах. Небольшие трещины шейки матки, слизистой оболочки влагалища вскоре самостоятельно заживают. В некоторых же случаях повреждения мягких родовых путей достигают значительных размеров и представляют серьезное осложнение родового акта, нередко угрожающее жизни роженицы.

Повреждения могут встречаться в любом отделе родового канала и по своим размерам могут быть различными — от небольшого разможнения, глубоких надрывов вплоть до полного сквоз-

ного разрыва. Опасность повреждения тем больше, чем больше его размеры и чем выше по родовому каналу оно расположено.

По месту разрыва и степени его опасности различают: разрывы стенки матки, разрывы шейки матки, разрывы влагалища и разрывы промежности и вульвы.

РАЗРЫВ МАТКИ

Разрыв стенки матки представляет собой одно из грозных осложнений родов. Разрывы тела матки встречаются преимущественно в области нижнего сегмента, в части более тонкой, подвергающейся при родах значительному растяжению. Разрывы встречаются и в других отделах матки.

Выше указывалось, что сокращения полой мышцы матки приводят к растяжению стенок нижнего сегмента, к сглаживанию шейечного канала и раскрытию наружного зева. Граница между более толстой сокращающейся стенкой тела матки и растягиваемым нижним сегментом находится примерно на уровне внутреннего отверстия перешейки; по мере растяжения эта граница выступает все отчетливее и прощупывается через брюшную стенку в виде неглубокого «перехвата» на передней стенке матки в промежутке между лоном и пупком — это пограничное кольцо, или так называемое контракционное кольцо.

При нормально протекающих родах, когда сглаживание шейечного канала и раскрытие наружного зева совершаются нормально, когда предлежащая часть плода устанавливается во входе своевременно и проходит в полость таза, — растяжение нижнего сегмента оказывается умеренным, «перехват» выделяется нерезко и обычно располагается на ширину ладони над симфизом, значительно ниже уровня пупка.

При несоответствии между размерами предлежащей части плода и входа в таз, при поперечном положении плода или при ригидном наружном зеве, когда последний с трудом раскрывается, растяжение нижнего сегмента достигает значительных размеров. Под давлением сокращающейся полой мышцы плод большей своей массой перемещается в растянутый нижний отдел матки. Предлежащая часть плода приближается ко входу или вколачивается во вход таза; продвигаясь с трудом или вовсе не продвигаясь, предлежащая часть плода прижимает шейку матки к стенкам таза. При поперечных положениях плода, когда над входом нет предлежащей части или когда предлежит плечико, такого прижатия шейки матки к стенкам таза, как при предлежании головки, не наблюдается, и шейка матки в этих случаях не ущемляется между предлежащей частью плода и стенками таза, а оттягивается кверху, растягивая вместе с этим влагалишные своды. Если происходит разрыв, то в первом случае он обычно локализуется в стенке нижнего сегмента матки, а во втором случае нередко происходит отрыв свода влагалища.

При чрезмерном растяжении нижнего сегмента матки граница между сократившимся телом и нижним сегментом — перехват, контракционное кольцо — выступает резче, становится глубже и поднимается до уровня пупка и даже выше (рис. 301). Круглые связки при этом натянуты в виде тяжей и болезненны.

При перерастяжении стенок нижнего сегмента, любая следующая схватка может оказаться последней, роковой, — дальнейшее растяжение оказывается невозможным, и стенка матки разрывается.



Рис. 301. Угрожающий разрыв матки. Матка напоминает форму песочных часов.

Существовавшая в свое время теория Бандля, доказывающая, что единственной причиной разрыва матки является перерастяжение стенок нижнего сегмента, была опровергнута работами русского акушера Я. Ф. Вербова.

В возникновении разрывов матки, наряду с перерастяжением, большое значение имеет состояние тканей матки.

Вербов впервые доказал, что причиной разрыва матки являются патологические изменения в мышце матки; здоровая ткань матки, по его мнению, не разрывается. Несомненно, патологически измененная стенка матки может порваться скорее. Этим, повидимому, и следует объяснить тот факт, что разрывы матки, почти как правило, встречаются у женщин, у которых после бывших трудных родов остались в стенке матки рубцовые изме-

нения или после бывшего кесарева сечения остался непрочный рубец, особенно если после операции прошло немного времени и при этом имеется сужение таза — все это, понятно, обстоятельства, предрасполагающие к разрыву матки.

Перенесенные аборт, выскабливание матки, особенно инфицированные криминальные (подпольные) аборт, ведут к воспалительным изменениям в стенке матки, что значительно снижает эластичность ее тканей.

Воспалительные изменения в стенке матки, как бывшие ранее, так и развившиеся во время родов, при значительном растяжении стенок нижнего сегмента могут привести к разрыву стенки, которая в этих случаях как бы расползается.

Следует еще отметить, что предрасполагающими моментами к разрывам стенки матки могут быть врожденная слабость мускулатуры матки (недоразвитие), дегенеративные изменения в стенке матки (рубцы) и опухоли матки (фибромиомы).

Полные и неполные разрывы матки. Различают полные и неполные разрывы матки. При полных разрывах стенка матки и покрывающая ее брюшина рвутся; образуется сквозное отверстие, через которое в брюшную полость нередко изгоняется плод и послед; в подобных случаях при внутриматочном исследовании пальцы и вся рука исследующего проникают в брюшную полость.

При неполных разрывах разрывается или расползается частично или целиком мышечный слой нижнего сегмента или тела матки, брюшина же остается целой, и, таким образом, полость матки не сообщается с брюшной полостью.

К неполным разрывам могут быть отнесены разрывы по ребру нижнего сегмента матки, при котором отверстие проникает в параметрий между листками широкой связки. Здесь между листками широкой связки скопляется изливающаяся из разрыва кровь, образуя так называемую гематому широкой связки (рис. 302).

К неполным разрывам следует отнести и глубокие трещины — *usurae* — мышечного слоя, не захватывающие его целиком. Такие трещины остаются иногда незамеченными, но, замешаясь в дальнейшем соединительной тканью, представляют уязвимое место при следующих родах.

Самопроизвольные и насильственные разрывы. Самопроизвольные разрывы матки в большинстве связаны с патологическими изменениями в стенке матки — воспалительного или дегенеративного характера.

Наличие в стенке матки указанных изменений может вести к разрыву ее иногда еще во время беременности; правда, это бывает редко. При родах же такая матка более предрасположена к разрыву.

Насильственные разрывы матки связаны с каким-либо вмешательством при родах (щипцы, поворот, грубо произведенное

ручное отделение плаценты); к насильственным относятся и разрывы матки после какой-либо травмы (ранение, удар).

Надо думать, что и насильственные разрывы большей частью сочетаются с наличием факторов, предрасполагающих к самопроизвольному разрыву матки (изменения в стенке матки патологического характера).

Признаки угрожающего разрыва матки. Всякий раз, когда проводятся роды у женщины с узким тазом, с

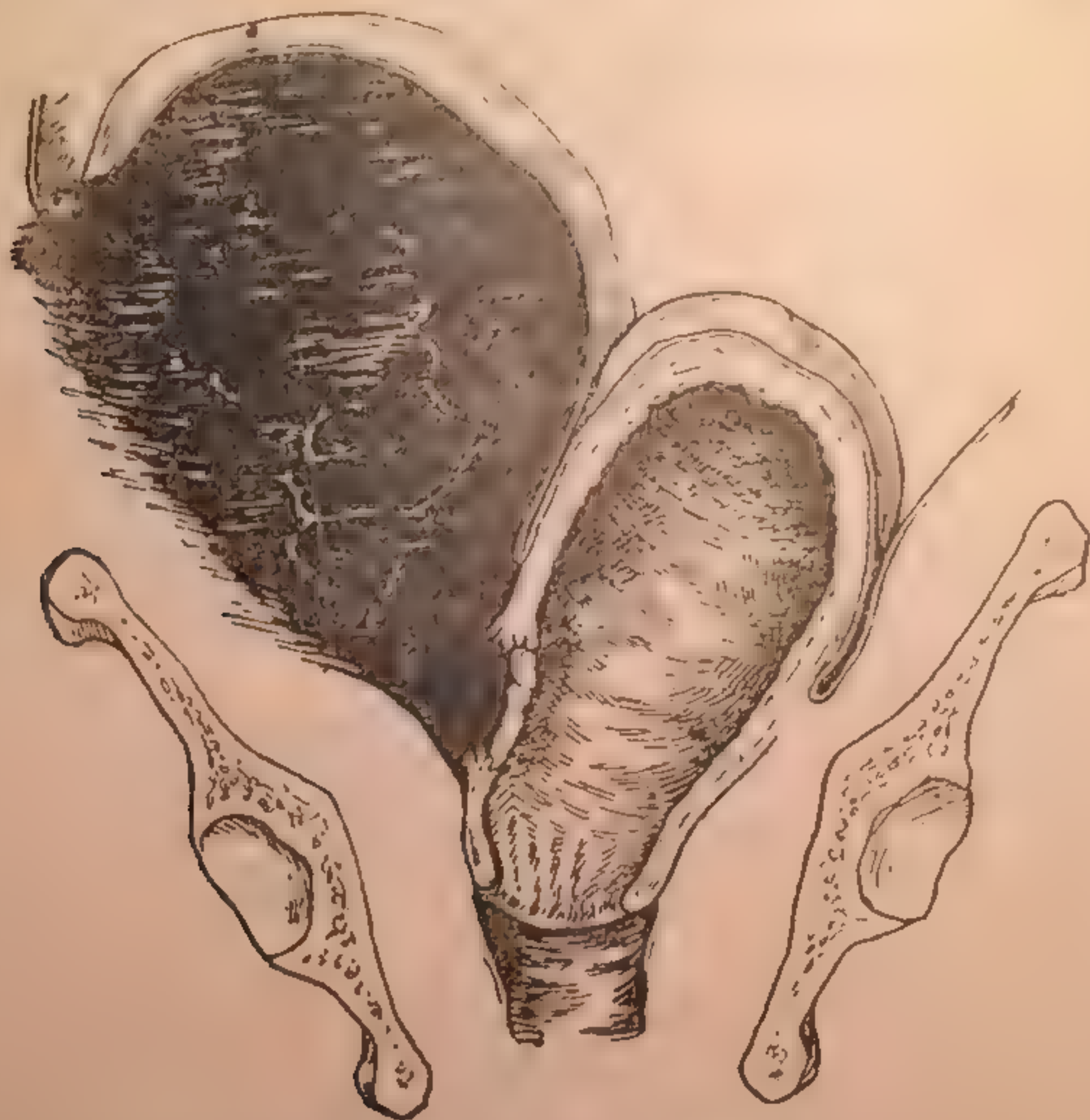


Рис. 302. Неполный разрыв матки и гематома широкой связки.

неправильным вставлением головки, с поперечным положением плода, надо помнить о возможности разрыва матки; особенно это относится к повторнобеременным и повторнородящим.

Надо очень подробно ознакомиться с общим и акушерским анамнезом (как протекали предыдущие беременности, роды, послеродовой период, перенесенные воспалительные заболевания внутренних половых органов), чтобы по возможности заранее получить представление о состоянии родовых путей, в частности, матки.

С момента отхождения вод необходимо внимательно наблюдать за течением родов, за характером родовой деятельности, за продвижением предлежащей части, за раскрытием наружного зева и состоянием его краев, за состоянием нижнего сегмента, за сердцебиением плода, за выделениями из влагалища, за функцией мочевого пузыря, за пульсом и поведением роженицы.

Обычно энергичные вначале схватки после длительной и почти безрезультатной родовой деятельности сменяются неправильными беспорядочными сокращениями матки. Головка, встречая большое сопротивление со стороны костного кольца входа таза, продолжает оставаться прижатой ко входу или стоит неглубоко во входе.

Длительное стояние головки во входе влечет за собой значительное прижатие мочевого пузыря к стенке таза; роженица перестает самостоятельно мочиться; дальнейшее прижатие в некоторых случаях угрожает омертвением этого участка стенки пузыря с последующим образованием пузырно-влагалищного свища.

Прибегая в подобных случаях к катетеризации мочевого пузыря, это надо делать (врач!) чрезвычайно бережно; выпускаемую мочу необходимо исследовать, чтобы выяснить, нет ли в ней крови.

Вначале интенсивная родовая деятельность, в дальнейшем, вследствие переутомления мускулатуры матки, ослабевает, и наступает вторичная родовая слабость (стр. 355). Роты затягиваются; длительное течение родов нередко ведет к внутриутробной асфиксии плода, что обнаруживается при выслушивании его сердцебиения. Сердечные тоны становятся глухими, как бы отдаленными, появляется аритмия, а затем сердцебиение совершенно прекращается.

В результате длительных и безуспешных сокращений толстой мышцы при отсутствии поступательного движения головки чрезмерно растягиваются стенки нижнего сегмента матки, причем растяжение это достигает высшего предела; на границе истонченного нижнего сегмента и сравнительно более толстой стенки тела матки в типичных случаях появляется выраженная поперечно или слегка косо идущая перетяжка — контракционное кольцо. Сначала этот выраженный перехват отмечается ниже пупка, а затем постепенно поднимается до уровня пупка и даже выше; матка принимает форму «песочных» часов (рис. 301).

Картина, напоминающая образование перехвата, может симулироваться переполненным мочевым пузырем, поэтому для установления правильного диагноза предварительно необходимо выпустить мочу.

Перерастяжение нижнего сегмента матки сопровождается резкой болезненностью в нем; роженица не дает дотронуться до нижней половины живота. Нижний сегмент куполообразно выбухает над симфизом. Иногда выделяется отечность вульвы. левая натянутая круглая связка. Наблюдается беспокойно; схватки становятся

Роженица ведет себя очень беспокойно; схватки становятся беспорядочными, приобретают судорожный характер; они очень болезненны; при каждой схватке роженица хватается руками за низ живота. Пульс частый; одновременно нередко повышается температура. Иногда в подобных случаях появляются незначи-

тельные кровянистые выделения, указывающие на возможность образования трещины, язвы стенки матки. При наличии угрожающих признаков разрыва матки влагалищное исследование производить не следует, так как малейшее смещение предлежащей части может ускорить разрыв. Если же приходится прибегать к исследованию, то делать его должен только врач, притом под глубоким наркозом.

Если в такой момент роженице не оказать надлежащей помощи, то грозные явления нарастают, женщина продолжает метаться; сначала она хватается за низ живота во время схватки, а потом все время держится за него руками, кричит и вдруг сразу смолкает, резко бледнеет, покрывается холодным потом, иногда на мгновение теряет сознание. Придя в себя, она нередко заявляет, что что-то у нее внизу будто оборвалось — произошел разрыв матки.

Признаки разрыва матки. При осмотре и пальпации живота в этот момент не находят прежних контуров матки: живот представляется бесформенным, вздутым, отмечается метеоризм. Иногда при полном разрыве матки прямо под брюшной стенкой легко прощупываются части плода — плод изгнан в брюшную полость; находившаяся ранее у входа предлежащая часть плода исчезла; сбоку внизу удается прощупать плотную, иногда хорошо сократившуюся матку.

Наружного кровотечения при этом может и не быть или оно незначительно, зато налицо все признаки внутреннего кровотечения — резкое малокровие, частый, нитевидный пульс, иногда полуобморочное состояние.

Такая же картина наблюдается и при отрыве свода влагалища; плод так же, как и при разрыве стенки матки, может оказаться изгнанным в брюшную полость.

Описанная картина угрожающего и совершившегося разрыва матки является типичной; по ней сравнительно нетрудно поставить своевременно правильный диагноз.

Однако, и это бывает нередко, разрыв матки наступает и без указанных отчетливых предвестников или они имеются, но не все, разрыв наступает как бы «внезапно». Подобные разрывы встречаются преимущественно при патологически измененной стенке матки, о чем мы уже говорили, или происходят при оперативном вмешательстве — так называемые насильственные разрывы.

Однако «внезапность» эта в большинстве случаев только кажущаяся — она связана с недостаточно внимательным наблюдением за течением родов. О возможности подобного разрыва надо помнить. Поэтому во всех случаях, когда на основании анамнеза можно предполагать наличие патологических изменений в стенке матки, когда роды носят затяжной характер, когда наступает вторичная родовая слабость, высоко стоит предлежащая часть, при поперечном положении плода с давно отошедшими водами, при повышении температуры в родах и учащении пульса,

при внезапно наступающей асфиксии плода надо думать о возможности угрожающего разрыва, хотя налицо и нет типичных предвестников. Задача эта трудная, но при непрерывном наблюдении акушерки за характером и изменениями в течении родов она разрешима.

Внезапное наступление картины резкого малокровия при родах, сопровождающееся шоком — частый, слабого наполнения пульс, затемненное на короткий срок сознание; вздутие кишечника, — должно заставить подумать о разрыве матки, если речь не идет о преждевременной отслойке детского места.

Такая же картина тотчас или вскоре после родов характерна для спонтанного разрыва матки. Здесь окончательный диагноз решает влагалищное и внутриматочное исследование, которое должно быть произведено немедленно; при этом рука, введенная в матку, проникает в разрыв, а при полном разрыве — в брюшную полость.

Исследование производится очень осторожно, чтобы не способствовать увеличению разрыва и усилению кровотечения.

При разрыве по ребру матки с образованием гематомы широкой связки иногда удается обнаружить глубокую трещину по ребру нижнего сегмента. Снаружи в соответствующей паховой области определяется при перкуссии притупление, а при пальпации ощущается крепитация¹: это скопившаяся и свернувшаяся кровь между листками широкой связки — гематома широкой связки (рис. 302).

Профилактика разрыва матки очевидна из изложенного. Еще в консультации должны быть выявлены беременные женщины с узким тазом, повторнородящие, у которых предыдущие роды были трудные, беременные с неправильным положением плода, беременные, у которых, согласно анамнезу, имеется недоразвитая матка, беременные, перенесшие воспаления половых органов, перенесшие кесарево сечение, — все эти женщины должны быть заблаговременно направлены в родильный дом. Роды у них, как правило, должны проводиться под постоянным наблюдением врача.

При появлении описанных выше признаков угрожающего разрыва матки надо спешно оказать помощь. Прежде всего необходимо немедленно приостановить дальнейшие сокращения матки. В родильном доме в подобных случаях дают глубокий наркоз и приступают к родоразрешению, характер которого зависит от состояния родовых путей и состояния плода. При достаточном открытии (на 4 пальца и полное) и мертвом плоде перфорируют головку и бережно извлекают плод; при высоко стоящей головке и живом доношенном плоде в некоторых случаях прибегают к кесареву сечению, если для этого нет противопоказаний (давно отошли воды, высокая температура, инфекция в родах); в про-

¹ Крепитация — ощущение хруста, напоминающего хруст снега.

тивном случае и при живом плоде прибегают к плодоразрушающей операции (перфорация).

Всякое вмешательство производится под глубоким наркозом и крайне бережно.

При произошедшем разрыве матки показано немедленное чревосечение, при котором удаляют плод, а затем удаляют и матку; в отдельных случаях при чревосечении зашивают разрыв матки.

Так же поступают при разрыве матки, обнаруженном сейчас же после родов.

Если в условиях самостоятельной работы (колхозный или линейный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт) акушерка встречается со случаем угрожающего разрыва матки, следует тотчас же ввести роженице 1,5 мл 1% раствора морфина и немедленно вызвать врача, предупредив его о предполагаемом диагнозе. В ожидании врача роженице следует ввести через 1—1½ часа еще 1 мл 1% раствора морфина.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Шейка матки подвергается при родах значительному растяжению, что очень часто, особенно у первородящих, сопровождается небольшими трещинами по краям наружного зева. Надрывы шейки матки иногда сопровождаются кровянистыми выделениями уже в периоде раскрытия.

Мелкие надрывы шейки матки в большинстве случаев не дают значительного кровотечения, почему и остаются незамеченными. Лишь позднее, спустя длительный срок после родов, при гинекологическом исследовании обнаруживаются следы бывших надрывов в виде глубоких, массивных рубцов в области наружного зева или в виде выворота его.

У женщин с узким тазом шейка матки при родах подвергается значительному размождению, иногда с отрывом верхней губы.

Глубокие разрывы шейки матки сопровождаются значительным кровотечением и требуют немедленной оперативной помощи.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольные, спонтанные, когда шейка разрывается при родах без какого-либо постороннего вмешательства, и насильственные в результате вмешательства (расширение зева, наложение щипцов, извлечение плода при неполном открытии зева).

Самопроизвольные разрывы шейки матки обычно локализуются по бокам наружного зева, чаще слева.

При глубоком разрыве шейки матки кровотечение появляется вслед за рождением плода; до этого разорванные сосуды прижимались к стенкам таза, как бы тампонировались подлежащей головкой. Пока детское место еще в матке, трудно на основании только наружного осмотра точно установить, откуда кровотечение. В подобных случаях надо немедленно удалить послед и осмотреть детское место и оболочки.

Если кровотечение продолжается и после полного выхода послета, а снаружи прощупывается хорошо сократившаяся плотная матка (при этом очень часто кровь течет струей), надо думать, что это кровотечение обусловлено разрывом шейки. В таком случае матку не следует массировать: массажем выжимаются тромбы, образующиеся в зияющих сосудах шейки матки, и кровотечение усиливается.

Если при осмотре детского места и оболочек все оказалось целым, а налицо имеется описанная картина, немедленно осматривают шейку при помощи зеркал и тут же зашивают обнаруженный разрыв (стр. 501).

В подобных случаях акушерка немедленно вызывает врача, предупредив его о характере осложнения родов, а сама до его прихода может ограничиться прижатием аорты (стр. 449) или до прибытия врача прибегает к тугой тампонации сводов влагалища (стр. 503).

В целях профилактики воспалительных заболеваний слизистой оболочки канала шейки матки, вследствие оставшегося незащитым разрыва шейки матки, возможного в дальнейшем выворота наружного зева с образованием эрозий, равно и образования рубцовых изменений, предрасполагающих к раковому новообразованию, некоторые акушеры рекомендуют у всех первородящих женщин осматривать при помощи зеркал шейку матки тотчас же после выхода послета. Обнаружив разрыв шейки матки, его зашивают, независимо от величины разрыва и даже при отсутствии кровотечения.

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА

Разрывы слизистой оболочки стенок влагалища при родах встречаются нередко, но они обычно незначительны — скорее носят характер трещин слизистой оболочки и почти не кровоточат.

При плохо растягивающихся тканях влагалища, как, например, у пожилых первородящих, у женщин с рубцовыми изменениями в стенке влагалища, при очень узком влагалище, при очень быстром продвижении головки плода, при грубом наложении щипцов могут произойти большие и глубокие разрывы влагалища, сопровождающиеся кровотечением.

После осмотра родившегося послета, при хорошо сократившейся матке и продолжающемся кровотечении необходимо осмотреть влагалище при помощи зеркал, нет ли кровотечения из разрыва шейки матки или разрыва слизистой влагалища; обнаруженные разрывы зашивают. Если по условиям работы нельзя произвести зашивание разрывов, а кровотечение продолжается, применяют тугую тампонацию влагалища (стр. 503) и вызывают немедленно врача.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Промежность подвергается при родах очень большому растяжению и рвется примерно у 10% всех первородящих. В происхождении разрывов промежности большое значение имеет степень эластичности ее тканей, механизм врезывания и

тельные кровянистые выделения, указывающие на возможность образования трещины, язвы стенки матки. При наличии угрожающих признаков разрыва матки влагалищное исследование производить не следует, так как малейшее смещение предлежащей части может ускорить разрыв. Если же приходится прибегать к исследованию, то делать его должен только врач, притом под глубоким наркозом.

Если в такой момент роженице не оказать надлежащей помощи, то грозные явления нарастают, женщина продолжает метаться; сначала она хватается за низ живота во время схватки, а потом все время держится за него руками, кричит и вдруг сразу смолкает, резко бледнеет, покрывается холодным потом, иногда на мгновение теряет сознание. Придя в себя, она нередко заявляет, что что-то у нее внизу будто оборвалось — произошел разрыв матки.

Признаки разрыва матки. При осмотре и пальпации живота в этот момент не находят прежних контуров матки: живот представляется бесформенным, вздутым, отмечается метеоризм. Иногда при полном разрыве матки прямо под брюшной стенкой легко прощупываются части плода — плод изгнан в брюшную полость; находившаяся ранее у входа предлежащая часть плода исчезла; сбоку внизу удается прощупать плотную, иногда хорошо сократившуюся матку.

Наружного кровотечения при этом может и не быть или оно незначительно, зато налицо все признаки внутреннего кровотечения — резкое малокровие, частый, нитевидный пульс, иногда полуобморочное состояние.

Такая же картина наблюдается и при отрыве свода влагалища; плод так же, как и при разрыве стенки матки, может оказаться изгнанным в брюшную полость.

Описанная картина угрожающего и совершившегося разрыва матки является типичной; по ней сравнительно нетрудно поставить своевременно правильный диагноз.

Однако, и это бывает нередко, разрыв матки наступает и без указанных отчетливых предвестников или они имеются, но не все, разрыв наступает как бы «внезапно». Подобные разрывы встречаются преимущественно при патологически измененной стенке матки, о чем мы уже говорили, или происходят при оперативном вмешательстве — так называемые насильственные разрывы.

Однако «внезапность» эта в большинстве случаев только кажущаяся — она связана с недостаточно внимательным наблюдением за течением родов. О возможности подобного разрыва надо помнить. Поэтому во всех случаях, когда на основании анамнеза можно предполагать наличие патологических изменений в стенке матки, когда роды носят затяжной характер, когда наступает вторичная родовая слабость, высоко стоит предлежащая часть, при поперечном положении плода с давно отошедшими водами, при повышении температуры в родах и учащении пульса,

при внезапно наступающей асфиксии плода надо думать о возможности угрожающего разрыва, хотя налицо и нет типичных предвестников. Задача эта трудная, но при непрерывном наблюдении акушерки за характером и изменениями в течении родов она разрешима.

Внезапное наступление картины резкого малокровия при родах, сопровождающееся шоком — частый, слабого наполнения пульс, затемненное на короткий срок сознание; вздутие кишечника, — должно заставить подумать о разрыве матки, если речь не идет о преждевременной отслойке детского места.

Такая же картина тотчас или вскоре после родов характерна для спонтанного разрыва матки. Здесь окончательный диагноз решает влагалищное и внутриматочное исследование, которое должно быть произведено немедленно; при этом рука, введенная в матку, проникает в разрыв, а при полном разрыве — в брюшную полость.

Исследование производится очень осторожно, чтобы не способствовать увеличению разрыва и усилению кровотечения.

При разрыве по ребру матки с образованием гематомы широкой связки иногда удается обнаружить глубокую трещину по ребру нижнего сегмента. Снаружи в соответствующей паховой области определяется при перкуссии притупление, а при пальпации ощущается крепитация¹: это скопившаяся и свернувшаяся кровь между листками широкой связки — гематома широкой связки (рис. 302).

Профилактика разрыва матки очевидна из изложенного. Еще в консультации должны быть выявлены беременные женщины с узким тазом, повторнородящие, у которых предыдущие роды были трудные, беременные с неправильным положением плода, беременные, у которых, согласно анамнезу, имеется недоразвитая матка, беременные, перенесшие воспаления половых органов, перенесшие кесарево сечение, — все эти женщины должны быть заблаговременно направлены в родильный дом. Роды у них, как правило, должны проводиться под постоянным наблюдением врача.

При появлении описанных выше признаков угрожающего разрыва матки надо спешно оказать помощь. Прежде всего необходимо немедленно приостановить дальнейшие сокращения матки. В родильном доме в подобных случаях дают глубокий наркоз и приступают к родоразрешению, характер которого зависит от состояния родовых путей и состояния плода. При достаточном открытии (на 4 пальца и полное) и мертвом плоде перфорируют головку и бережно извлекают плод; при высоко стоящей головке и живом доношенном плоде в некоторых случаях прибегают к кесареву сечению, если для этого нет противопоказаний (давно отошли воды, высокая температура, инфекция в родах); в про-

¹ Крепитация — ощущение хруста, напоминающего хруст снега.

тивном случае и при живом плоде прибегают к плодоразрушающей операции (перфорация).

Всякое вмешательство производится под глубоким наркозом и крайне бережно.

При произошедшем разрыве матки показано немедленное чревосечение, при котором удаляют плод, а затем удаляют и матку; в отдельных случаях при чревосечении зашивают разрыв матки.

Так же поступают при разрыве матки, обнаруженном сейчас же после родов.

Если в условиях самостоятельной работы (колхозный или линейный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт) акушерка встречается со случаем угрожающего разрыва матки, следует тотчас же ввести роженице 1,5 мл 1% раствора морфина и немедленно вызвать врача, предупредив его о предполагаемом диагнозе. В ожидании врача роженице следует ввести через 1—1½ часа еще 1 мл 1% раствора морфина.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Шейка матки подвергается при родах значительному растяжению, что очень часто, особенно у первородящих, сопровождается небольшими трещинами по краям наружного зева. Надрывы шейки матки иногда сопровождаются кровянистыми выделениями уже в периоде раскрытия.

Мелкие надрывы шейки матки в большинстве случаев не дают значительного кровотечения, почему и остаются незамеченными. Лишь позднее, спустя длительный срок после родов, при гинекологическом исследовании обнаруживаются следы бывших надрывов в виде глубоких, массивных рубцов в области наружного зева или в виде выворота его.

У женщин с узким тазом шейка матки при родах подвергается значительному размождению, иногда с отрывом верхней губы.

Глубокие разрывы шейки матки сопровождаются значительным кровотечением и требуют немедленной оперативной помощи.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольные, спонтанные, когда шейка разрывается при родах без какого-либо постороннего вмешательства, и насильственные в результате вмешательства (расширение зева, наложение щипцов, извлечение плода при неполном открытии зева).

Самопроизвольные разрывы шейки матки обычно локализуются по бокам наружного зева, чаще слева.

При глубоком разрыве шейки матки кровотечение появляется вслед за рождением плода; до этого разорванные сосуды прижимались к стенкам таза, как бы тампонировались подлежащей головкой. Пока детское место еще в матке, трудно на основании только наружного осмотра точно установить, откуда кровотечение. В подобных случаях надо немедленно удалить послед и осмотреть детское место и оболочки.

Если кровотечение продолжается и после полного выхода послера, а снаружи прощупывается хорошо сократившаяся плотная матка (при этом очень часто кровь течет струей), надо думать, что это кровотечение обусловлено разрывом шейки. В таком случае матку не следует массировать: массажем выжимаются тромбы, образующиеся в зияющих сосудах шейки матки, и кровотечение усиливается.

Если при осмотре детского места и оболочек все оказалось целым, а налицо имеется описанная картина, немедленно осматривают шейку при помощи зеркал и тут же зашивают обнаруженный разрыв (стр. 501).

В подобных случаях акушерка немедленно вызывает врача, предупредив его о характере осложнения родов, а сама до его прихода может ограничиться прижатием аорты (стр. 449) или до прибытия врача прибегает к тугон тампонации сводов влагалища (стр. 503).

В целях профилактики воспалительных заболеваний слизистой оболочки канала шейки матки, вследствие оставшегося незащитым разрыва шейки матки, возможного в дальнейшем выворота наружного зева с образованием эрозий, равно и образования рубцовых изменений, предрасполагающих к раковому новообразованию, некоторые акушеры рекомендуют у всех первородящих женщин осматривать при помощи зеркал шейку матки тотчас же после выхода послера. Обнаружив разрыв шейки матки, его зашивают, независимо от величины разрыва и даже при отсутствии кровотечения.

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА

Разрывы слизистой оболочки стенок влагалища при родах встречаются нередко, но они обычно незначительны — скорее носят характер трещин слизистой оболочки и почти не кровоточат.

При плохо растягивающихся тканях влагалища, как, например, у пожилых первородящих, у женщин с рубцовыми изменениями в стенке влагалища, при очень узком влагалище, при очень быстром продвижении головки плода, при грубом наложении щипцов могут произойти большие и глубокие разрывы влагалища, сопровождающиеся кровотечением.

После осмотра родившегося послера, при хорошо сократившейся матке и продолжающемся кровотечении необходимо осмотреть влагалище при помощи зеркал, нет ли кровотечения из разрыва шейки матки или разрыва слизистой влагалища; обнаруженные разрывы зашивают. Если по условиям работы нельзя произвести зашивание разрывов, а кровотечение продолжается, применяют тугую тампонацию влагалища (стр. 503) и вызывают немедленно врача.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Промежность подвергается при родах очень большому растяжению и рвется примерно у 10% всех первородящих.

В происхождении разрывов промежности большое значение имеет степень эластичности ее тканей, механизм врезывания и

Если с током крови или лимфы в лонное сочленение проникает инфекция, возникает воспаление лонного сочленения — симфизит (symphysitis). Родильница жалуется на резкую болезненность в области лобка: она не может раздвинуть ноги, ей больно поворачиваться в постели. При ощупывании лобка отмечается в этом месте припухлость и резкая болезненность. Обычно симфизиты скоро проходят в результате одного лишь постельного режима и применения холода на область симфиза. Иногда же это заболевание протекает тяжело, сопровождается нагноением и может перейти в остеомиелит лонной кости; в этих случаях необходима оперативная помощь.

РАНЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

В каждом случае ранения брюшной области и области таза у беременной необходимо ввести противостолбнячную сыворотку и произвести тщательное исследование. При чревосечении у женщины по поводу ранения брюшной полости необходимо всегда тщательно осматривать, наряду с другими органами, внутренние половые органы и весь малый таз. При проникающих ранениях матки в ранние сроки беременности иногда приходится удалять матку без предварительного опорожнения ее. При ранениях матки в поздние сроки беременности надо путем кесарева сечения извлечь живого младенца. Затем, в зависимости от характера ранения, матку либо удаляют, либо зашивают место ранения ее. Лучше и надежнее в смысле исхода для больной такую матку удалить.

Проф. И. Ф. Жордания наблюдал случай сквозного пулевого ранения матки у женщины на последнем месяце беременности. Пуля ранила и внутриутробный плод. Кесаревым сечением раненый плод был извлечен; ему была тут же оказана соответствующая хирургическая помощь. Мать и младенец остались живы.

При ранениях области наружных половых органов необходимо убедиться, что ранения касаются только наружных половых органов. В таком случае оказывают обычную хирургическую помощь (противостолбнячная сыворотка, первичная обработка раны, при отсутствии инфекции — наложение швов). При повреждениях тазовой области (закрытые травмы, переломы), если исключаются повреждения органов брюшной полости (кишечник, почки, селезенка, матка), необходим строгий постельный режим и тщательное наблюдение за функцией мочевого пузыря и кишечника.

Мы наблюдали случай травмы, сопровождавшийся множественными переломами костей таза у беременной женщины. При надлежащем постельном режиме в гипсовой повязке беременность сохранилась до конца, и женщина разрешилась (путем кесарева сечения) живым доношенным плодом.

Глава XXIX

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Нормальным следует считать такой послеродовой период, который протекает при нормальном функционировании нервной системы, с нормальной температурой (не выше 37°), нормальным пульсом (70—80 ударов в минуту), нормальной деятельностью органов кровообращения, дыхания, пищеваре-

ния, выделения и при нормальном обратном развитии изменений, связанных с беременностью и родами.

Если послеродовой период протекает с какими-либо отклонениями от указанного, его называют патологическим. Эти отклонения в одних случаях могут объясняться причинами, не зависящими от беременности и родов, в других — причинами, зависящими от них.

Родильницы с нормально протекающим послеродовым периодом подлежат лишь уходу и наблюдению, а родильницы с ненормально протекающим послеродовым периодом, помимо того, нуждаются в соответствующей изоляции и лечении.

К послеродовым заболеваниям относятся главным образом заболевания, которые возникают в связи с беременностью и родами. Возникновение этих заболеваний может быть связано с неправильным течением беременности, если своевременно не были предприняты необходимые профилактические и лечебные меры, неправильным течением родов, неправильным ведением их, попаданием в половые органы роженицы или родильницы болезнетворных микробов, что в большинстве случаев зависит от неправильно организованной помощи при родах.

Послеродовые заболевания делятся на две большие группы: на послеродовые заболевания неинфекционного происхождения и на послеродовые заболевания инфекционного происхождения.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Заболевания мочевых путей. Иногда послеродовой период сопровождается задержкой мочеиспускания, что зависит от отека слизистой оболочки шейки мочевого пузыря в результате прижатия ее головкой плода при родах. Родильница часто не ощущает позывов на мочеиспускание, и мочевой пузырь сильно растягивается скапливающейся мочой.

Задержка мочи может объясняться и неумением женщины мочиться лежа, иногда же тем, что при мочеиспускании отдельные капли мочи попадают на поврежденную слизистую оболочку влагалища и вызывают резкие боли, вследствие чего наступает рефлекторная задержка мочеиспускания. Надо добиваться самовольного мочеиспускания путем психотерапевтического воздействия или положить на область пузыря теплую грелку, посадить, если нет противопоказаний, осторожно на судно; внутримышечно можно ввести 2 мл 30% раствора сернокислого магния, а внутрь назначить отвар медвежьего уха (*Decocti folii Uvae ursi ex 10,0 : 200,0* по 1 столовой ложке через 2 часа). Если, несмотря на все эти мероприятия, самостоятельного мочеиспускания не последует необходимо (по назначению врача) спустить мочу катетером, соблюдая при этом строжайшую асептику.

Неудержание мочи наблюдается довольно редко, главным образом при парезах сфинктера мочевого пузыря. В этих случаях применение в течение нескольких дней стрихнина обычно восстанавливает функцию сфинктера (T-rae Strychnini 5,0, T-rae Valerianae aethereaе 20,0. MDS. По 15 капель 2—3 раза в день). Если неудержание мочи зависит от нарушения целостности сфинктера, то в дальнейшем может понадобиться оперативное лечение.

Заболевания желудочно-кишечного тракта. Чаше всего встречаются запоры вследствие слабой перистальтики кишечника, расслабления мышц брюшного пресса при лежачем положении больной. Правильно составленная диета (часто хорошо действует грубая пища) восстанавливает функцию кишечника.

Чрезвычайно мучительны трещины заднего прохода. Каждое испражнение, особенно если стул твердый, вызывает острую боль. Легкая диета, свечи с белладонной, соблюдение чистоты заднепроходного отверстия и окружающей кожи, обмывания, особенно после испражнения, обычно скоро ведут к заживлению трещин.

Асептический тромбоз и эмболия. У ослабленных родильниц, вследствие нарушения иннервации кровеносных сосудов, отмечается в одних местах спазм сосудов, а в других, наоборот, патологическое их расширение со значительным замедлением тока крови. Это приводит к образованию сгустков крови, рыхло прикрепленных к стенкам сосудов. Если эти сгустки (тромбы) не инфицируются, говорят об образовании асептических тромбов.

Такие тромбы чаще всего образуются в венах малого таза и в венах нижних конечностей. Больные жалуются на чувство тяжести и онемения в ногах, на отеки ног. Кожный покров нижних конечностей становится бледным, несколько напряженным и блестящим. По ходу пораженной вены прощупывается плотный, мало болезненный тяж, имеются варикозно расширенные участки вены. Температура обычно не повышается.

Лечение сводится к абсолютному покою, запрещению каких бы то ни было движений, возвышенному положению обеих ног под углом в 30°; на пораженную конечность накладывают нетугую повязку с мазью Вишневского, сменяя ее один раз в 8—10 дней. Внутрь назначают белый стрептоцид по 1 г 6 раз в день в течение 4—6 дней, валериановую настойку по 20 капель 3 раза в день.

Опасность тромбоза заключается в том, что под влиянием механических моментов (рвота, громкий смех, сильное натуживание при дефекации) частички тромба могут оторваться и вызвать эмболию легочной артерии. Клиническая картина зависит от места эмболической закупорки и величины эмбола: при попадании эмбола в систему легочной артерии возникает удушье, цианоз, возбуждение, бессознательное состояние. При нараста-

нии этих явлений наступает смерть. В подобных случаях больной должен быть создан абсолютный покой, воспрещается перевозка, перекалывание; назначается вдыхание кислорода; под кожу вводится 1 мл раствора лобелина (Sol. Lobelini hydrochlorici 1%).

Родовой шок. После рождения ребенка, иногда независимо от кровопотери, может внезапно наступить обморочное состояние, появляется бледность лица, цианоз конечностей, холодный пот, нитевидный пульс, рвота. Для правильного диагноза необходимо исключить резкое ослабление сердечной деятельности и внутреннее кровотечение (разрыв матки).

Причиной шока может оказаться чрезмерная болезненность схваток или слишком энергичное выжимание последа.

Лечение состоит в переливании крови (400—500 мл), внутривенном вливании 40% раствора глюкозы (50 мл), подкожном введении 5% раствора глюкозы (300—500 мл), в применении сердечных средств (камфора, кофеин, коразол), пантопона.

Послеродовые психозы могут либо впервые проявиться в послеродовом периоде, либо явиться обострением ранее имевшихся поражений психической сферы. Наблюдаются главным образом острые галлюцинаторные психозы, психо-моторные возбуждения. Предсказание при этих формах болезни благоприятное.

Лечение проводится специалистом-психиатром. Назначают бромиды, микстуру Бехтерева, барбитал или люминал. Необходимо особенно внимательно наблюдать за такими больными, так как возможны несчастные случаи (падение из окна и т. п.).

Если нельзя перевести такую больную в специальное лечебное учреждение, необходимо для постоянного наблюдения за ней выделить отдельное лицо.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Инфекционное происхождение ряда послеродовых заболеваний было доказано еще в середине XIX столетия; русская наука в этой области выдвинула таких крупных исследователей, как Владимир Яковлевич Илькевич, Сергей Васильевич Сазонов, Лазарь Иванович Бубличенко и др.

Возбудителями послеродовой инфекции являются стрептококки, стафилококки, кишечная палочка; реже встречаются другие микробы.

Микробы проникают во влагалище, в матку и дальше главным образом с наружных половых органов, куда они попадают при разговоре, кашле, чихании окружающего роженицу персонала, если последний работает без маски (капельный путь инфекции). При несоблюдении необходимой асептики и антисептики бактерии могут быть непосредственно занесены в половые органы руками акушерки или родильницы, а также предметами, с которыми родильницы приходят в соприкосновение.

В других случаях микробы, находившиеся в организме еще до родов, вследствие ослабления сопротивляемости организма роженицы (значительная кровопотеря, тяжелые роды и т. д.), начинают проявлять свои патогенные свойства.

Каким бы путем микробы не попали в организм беременной, роженицы или родильницы, сам по себе этот факт еще недостаточен для того, чтобы у данной женщины обязательно возникло послеродовое заболевание. Для возникновения последнего необходимо, чтобы микробы попали в условия, благоприятствующие проявлению их патогенных свойств. Если реактивность организма роженицы или родильницы понижена, если защитные аппараты организма не могут быстро и активно реагировать на внедрившуюся в половые органы женщины инфекцию, наступает послеродовое заболевание.

К условиям, способствующим снижению реактивных свойств организма, относятся все осложнения беременности, осложнения в течении родов, оперативные вмешательства в родах; особенно большое значение имеют кровотечения во время беременности и родов, если не было своевременно проведено переливание крови.

В большинстве случаев, благодаря соответствующим профилактическим мероприятиям, применяемым еще во время беременности (диета, отдых, физкультура, своевременная ликвидация воспалительных очагов в организме беременной, правильно проведенный дородовой отпуск, словом, все то, что лежит в основе профилактических мероприятий, проводимых женскими консультациями) и благодаря правильному проведению родов, сопротивляемость организма бывает настолько высока, что попадающие в него микробы вскоре обезвреживаются и уничтожаются.

Таким образом, послеродовое заболевание не является обязательным спутником родов. Его можно избежать, если правильно укреплять организм женщины во время беременности, правильно проводить роды и послеродовой период.

В половых органах после родов создаются благоприятные условия для развития инфекции (значительные раневые поверхности с омертвевшими тканями, зияющий канал шейки матки).

Если защитные реакции организма понижены или микроорганизмы обладают значительной патогенностью, то развивается послеродовое заболевание.

Инфекция на месте своего внедрения вызывает на ограниченном участке воспалительный процесс, который характеризуется главным образом местными изменениями обмена веществ, повышением проницаемости ткани. В дальнейшем воспалительный процесс может распространиться на другие органы и ткани и заболевание может принять генерализованный характер.

Независимо от стадии заболевания, степени и характера патологического процесса, всегда в возникшем заболевании принимает участие весь организм родильницы. Следовательно, каждый, даже пространственно ограниченный патологический процесс при

послеродовом заболевании (например, поражение внутренней поверхности матки после родов) следует рассматривать как местное проявление общего заболевания.

Организм реагирует на внедрившуюся инфекцию не только развитием воспалительного процесса, но одновременно через нервную систему мобилизует защитные аппараты. Если реактивность организма оказывается высокой, инфекция либо вообще клинически ничем себя не проявляет, либо быстро ликвидируется.

Сказанное полностью подтверждается клиникой послеродовой инфекции. Послеродовое заболевание прежде всего проявляется повышением температуры, ознобами, учащением пульса, нарушением общего состояния; очень рано появляются изменения в почках, легких, сердечно-сосудистой системе.

Изменения в половых органах могут наступить позднее; часто степень поражения половых органов не соответствует общей реакции организма.

В тяжелых случаях послеродовых заболеваний, может развиться сепсис. Нередко при сепсисе в различных органах больного организма возникают новые воспалительные очаги. Эти очаги носят название вторичных очагов, или метастазов. В дальнейшем эти очаги могут либо полностью рассосаться, либо нагноиться.

Уничтожение в организме микроба, вызвавшего заболевание, не означает еще выздоровления. Микроб является как бы «пусковым» механизмом послеродового заболевания. Заболевание, начавшись, в дальнейшем развивается уже по своим законам. Внедрившийся в организм микроб вызвал в нем различные изменения; эти изменения в дальнейшем развитии болезни сами становятся причиной новых последствий, в которых микроб уже никакой роли может и не играть.

Таким образом, послеродовое заболевание следует рассматривать как постоянно развивающийся по рефлекторному принципу процесс, вовлекающий в себя все новые и новые механизмы, усложняющие и изменяющие его первоначальную характеристику.

Методы обследования больной. Для правильной оценки послеродового заболевания инфекционного происхождения необходимо подробно обследовать родильницу, учитывая данные анамнеза.

Общий анамнез. Сведения о перенесенных заболеваниях (особенно о малярии, туберкулезе, гоноррее), выяснение особенностей труда и быта и специальный гинекологический и акушерский анамнез дают возможность установить причины заболевания. К собиранию анамнеза надо всегда подходить чрезвычайно внимательно и проводить его особенно тщательно, опрашивая не только больную, но нередко и ее родственников. Особенно тщательно следует изучать анамнез, когда послеродовое заболевание протекает с субфебрильной температурой. Субфебрильная темпе-

ратура в течение нескольких дней — это одно из клинических проявлений слабо выраженной инфекции.

Течение и исход последних родов. Изучение последних родов следует производить по истории родов; оно дополняется личной беседой с акушеркой, оказывавшей пособие при родах. Большое значение для возникновения послеродового инфекционного заболевания имеет ряд особенностей в течении родового акта (оперативное вмешательство, длительный безводный период и др.).

Выяснение эпидемиологических особенностей окружения больной позволяет установить наличие какой-либо общей инфекционной болезни, лишь проявившейся в послеродовом периоде.

Наличие инфекционного очага в организме родильницы обуславливает ряд расстройств, которые характеризуются различными клиническими признаками.

Рано проявляются изменения со стороны нервной системы. Даже заболевания, протекающие в легкой форме, в самых начальных стадиях сопровождаются головной болью, ухудшением общего состояния, изменением нормального функционирования различных органов и систем. При более тяжелых формах к указанным явлениям присоединяется бред, состояние забытья, сонливость или, наоборот, возбуждение, бессонница.

Повышение температуры является основным симптомом послеродовой инфекции. Лишь очень редко заболевание протекает при нормальной температуре. Если поражается преимущественно слизистая оболочка влагалища или внутренняя поверхность полости матки, обычно имеет место субфебрильная температура (не выше $37,9^{\circ}$). Если же инфекция распространяется дальше, температура становится высокой, с большими размахами между утренней и вечерней.

Пульс при клинически слабо выраженной инфекции, как правило, лишь несколько учащен и обычно соответствует температуре.

При септических процессах пульс резко учащается, доходя до 120—130 ударов в минуту.

Ознобы иногда повторяются в течение дня по нескольку раз, иногда же они отсутствуют несколько дней. Ознобы часто заканчиваются обильным потом. Интенсивность ознобов весьма различна; они могут быть чрезвычайно сильными — больную в полном смысле слова подбрасывает на кровати; иногда ознобы выражены нерезко. Нередко наблюдаются легкие познабливания, которые иногда и акушерка, и сама больная приписывают открытой форточке, тому, что больная была плохо укрыта и т. п. Только путем тщательного наблюдения можно установить истинный характер того чувства холода, которое ощущает больная.

Обычно ознобы имеют место в начале заболевания; при выздоровлении они исчезают. Если в течении заболевания

процесс обостряется или образуется вторичный очаг, ознобы могут снова возобновиться.

На коже могут наблюдаться различного рода сыпи. При тяжелых заболеваниях вся кожа приобретает зеленовато-желтый цвет.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается учащение сердечных сокращений (тахикардия), некоторое приглушение сердечных тонов; в дальнейшем наступают изменения в мышце сердца.

В тяжелых случаях при затянувшемся течении послеродового заболевания иногда на клапанах образуются бородавчатые разрастания или язвочки — эндокардит (бородавчатый, язвенный).

В процесс вовлекается, особенно при септических формах заболевания, и сосудистая система, что создает благоприятные условия для образования тромбов (изменения стенок сосудов, нарушения тока крови, изменения свойств крови).

Морфологический анализ крови позволяет судить об общем состоянии организма больной, о степени малокровия, о наличии в крови паразитов; определение времени оседания эритроцитов (РОЭ) позволяет судить в известной мере об активности патологического процесса.

Необходимо подчеркнуть, что однократное исследование крови, равно как и мочи, имеет относительное значение; для суждения о течении патологического процесса имеют значение повторные многократные исследования, помогающие судить о динамике развития болезни (ухудшение, выздоровление).

Посев крови позволяет выявить наличие микробов в крови. Для посева берут стерильно кровь из локтевой вены и засевают на соответствующей питательной среде.

Техника взятия крови. Дезинфицируют область локтевого сгиба, накладывают выше него резиновый жгут, вследствие чего локтевая вена набухает; в набухшую вену вводят сухую стерильную иглу, насаженную на стерильный сухой шприц, и насаживают 5—7 мл крови; полученную кровь быстро выливают из шприца в приготовленную пробирку с бульоном. Проводят края пробирки и пробку через огонь (спиртовая лампочка) и быстро закрывают пробирку. Бульон с кровью посылают в лабораторию с сопроводительной запиской, в которой указывается: 1) что посылается; 2) для каких целей; 3) фамилия, имя и отчество больной; 4) номер истории болезни (истории родов); 5) название отделения и лечебного учреждения, в котором лежит больная; 6) предполагаемый диагноз; 7) число, месяц, год; 8) подпись врача (акушерки).

В легких (рентгенологически) рано отмечается некоторое понижение прозрачности легочной ткани.

В дальнейшем обнаруживаются явления застоя в нижних отделах легких и нередко образование вторичных очагов (мета-статическая плевропневмония). Появляется боль при дыхании, кашель с незначительным количеством трудно отделяемой слизисто-гноющей мокроты, иногда с примесью кровяных прожилок; перкуторно устанавливается притупление, аускультативно — раз-

личного рода хрипы. Метастатическая плевропневмония может сопровождаться образованием одиночных или множественных гнойников в легких или привести к ограниченной гангрене легочной ткани.

Влияние инфекции сказывается и на желудочно-кишечном тракте: язык обложен, сухой, живот умеренно вздут, сильная жажда, аппетит отсутствует. Наблюдаются запоры, которые в тяжелых случаях заболевания могут сменяться поносами. Иногда бывает рвота, большей частью пищевыми массами, а при нарастании заболевания — желчью.

Печень увеличивается, выступает из-под реберного края на 1—2 поперечных пальца. Отмечается болезненность при ее пальпации; болезненна также область желчного пузыря.

Селезенка увеличена; она становится дряблой, в связи с чем определить увеличение ее часто можно только перкуторно.

В почках имеют место дистрофические изменения. В моче при этом появляется белок, гиалиновые цилиндры, иногда эритроциты.

При проникновении микробов в почечные лоханки возникает пиелит. В послеродовом периоде пиелит чаще всего, однако, является продолжением пиелита, начавшегося во время беременности.

Диагностируется пиелит на основании данных анализа мочи (большое количество лейкоцитов при небольшом количестве белка), наличия выраженного симптома Пастернацкого, повышения температуры, иногда с ознобами; нередко имеется болезненность при мочеиспускании. Температурная кривая при пиелите характерна: после нескольких дней нормальной или субфебрильной температуры она внезапно повышается до 39—40°, а затем в течение 1—2 суток падает до прежних цифр, при этом в моче отмечается увеличение количества лейкоцитов.

Постельный режим, прелка на область почек, молочно-растительная диета, уротропин внутрь 2—3 раза в день по 0,5 г, стрептоцид белый по 1 г 3 раза в день обычно приводят к выздоровлению.

Для анализа мочи лучше брать при помощи стерильного катетера в чисто вымытую банку. Надо взять не меньше 150 мл мочи, лучше всего утренней. Закрытую банку с мочой направляют в лабораторию с сопроводительной запиской, в которой указывается: 1) что посылается; 2) для каких целей; 3) как была получена моча (катетером, без катетера); 4) какая порция мочи посылается (утренняя, вечерняя, дневная, полное суточное количество); 5) фамилия, имя, отчество больной; 6) номер истории болезни (история родов); 7) название отделения и лечебного учреждения, в котором лежит больная; 8) предполагаемый диагноз; 9) число, месяц, год; 10) подпись врача (акушерки).

Анализ мочи позволяет судить о состоянии почек и всей мочевыделительной системы.

Встречаются поражения суставов, вплоть до гнойных артритов.

Рентгенологическое исследование легких и сердца, электрокардиограмма, определение функционального состояния почек, печени и других органов позволяют поставить правильный диагноз, учесть все патологические отклонения, имеющиеся в организме, и начать рациональное лечение.

В ряде случаев важно исследовать слизь из зева для того, чтобы установить или исключить такое заболевание, как дифтерия.

Изменения в половых органах. При наличии трещин на слизистой оболочке влагалища нередко образуется отек, инфильтраты и язвы с гнойным отделяемым. При поражении матки последняя плохо сокращается, становится мягкой, болезненной; в параметральной клетчатке нередко образуется инфильтрат. Эти изменения можно установить путем влагалищного исследования (производится врачом).

Лохии. Значительные изменения отмечаются в характере лохий. Кровянистый характер их держится довольно долго, иногда до 14—17 дней; лишь крайне медленно лохии становятся светлыми; они приобретают гнойный характер, если имеется воспаление половых органов.

Анализ лохий иногда позволяет определить вид микробов, вызвавших заболевание.

Техника взятия лохий для исследования. Влагалищными зеркалами обнажают шейку матки и из канала шейки стерильным тампоном берут небольшое количество выделений, которые частью наносят на предметное стекло, частью засевают в бульон. Мазок и бульон с сопроводительной запиской немедленно направляют в лабораторию.

ОТДЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Послеродовые язвы (*ulcus puerperale*). Инфекция, попадающая на трещины слизистой оболочки влагалища, вызывает поверхностное омертвление, сопровождающееся воспалительными явлениями в подлежащих тканях. Трещины покрываются гнойным налетом; окружающая ткань краснеет, становится отеочной и болезненной. Температура иногда повышается до 38—39°, пульс учащается. Отмечается вялое сокращение матки; появляется головная боль. Лихорадочный период длится 4—5 дней, затем общее состояние улучшается.

Послеродовые язвы можно обнаружить при осмотре входа во влагалище, для чего половые губы раздвигают двумя стерильными тампонами (рис. 158). Обычно достаточно посыпать язвы ежедневно порошком стрептоцида и соблюдать постельный режим.

При язвах на слизистой оболочке наружных половых органов и входа во влагалище рекомендуется возможно бережнее проводить уборку больных.

Кольпит, вульвит (*colpitis, vulvitis*). Если поражена слизистая оболочка влагалища и подслизистые ткани, наблюдается

отечное пропитывание тканей влагалища, слизистая влагалища становится резко покрасневшей, появляются кровянистые выделения, иногда здесь может даже образоваться гнойник.

Лед на низ живота и на промежность, средства, сокращающие матку (питуитрин по 1 мл в сутки), аутогемотерапия по 3—5 мл один раз в 3 дня, присыпка изъязвленных участков белым стрептоцидом в течение нескольких дней при соблюдении строго постельного режима ликвидируют заболевание.

Метро-эндометрит (metro-endometritis) — воспаление матки.

Попавшие во влагалище микробы после родов быстро проникают в матку, где они находят благоприятные условия для своей жизнедеятельности (некротические ткани, кровяные сгустки, свободный доступ кислорода воздуха). Поражение матки является постоянным спутником почти всех послеродовых инфекционных заболеваний, что связывает всю эту группу в одну динамическую цепь. Характеризуется же то или иное заболевание наиболее ярко выявленными клиническими признаками.

Если метро-эндометрит протекает как относительно самостоятельное заболевание, то обычно на 3—4-й день после родов температура повышается до 39°, пульс учащается; отмечаются жалобы на общую разбитость, иногда наблюдаются ознобы. Матка большая, плохо сокращается [замедленное обратное развитие матки (субинволюция)]. Кровянистые выделения из матки держатся дольше обычного, затем становятся гноевидными и даже гнойными. Заболевание длится примерно 12—14 дней, затем температура постепенно снижается и становится нормальной, матка хорошо сокращается, выделения принимают обычный характер.

Лечение. При общем хорошем самочувствии больной и при отсутствии ознобов ограничиваются следующими мероприятиями: назначают лед на низ живота, питуитрин под кожу по 1 мл один раз в день в течение 2—3 дней; аутогемотерапия (по 5 мл через 2 дня), внутривенно вводят 10 мл 10% раствора хлористого кальция один раз в 3—4 дня.

Если имеются ознобы, высокая температура и общее самочувствие больной ухудшается, назначают пенициллин по 100 000 единиц на 1% растворе пирамидона 3 раза в сутки, 6 г сульфатаиззола в день, равными частями через 4 часа, подкожное введение 5% раствора глюкозы по 300 мл в день, 20% раствор камфорного масла по 3 мл 2 раза в день.

Внимательно следят за мочеиспусканием и дефекацией, а также за состоянием легких, сердца и почек. Профилактически во избежание застойных явлений в нижних долях легких время от времени назначают банки на спину.

Параметрит (parametritis) — воспаление околоматочной клетчатки. Параметрит может располагаться либо с одной, либо с обеих сторон, либо поражает всю клетчатку (стр. 32). Если

воспаление распространяется на всю тазовую клетчатку, говорят о пельвеоцеллюлите. Иногда происходит нагноение параметрия — образуется флегмона тазовой клетчатки.

Начинается параметрит обычно на 8—10-й день после родов резким повышением температуры — до $39,5-40^{\circ}$, с ознобом. Пульс учащается до 100 ударов в минуту. Общее состояние больной ухудшается. Появляется болезненность внизу живота, усиливающаяся при пальпации, ясно выражен симптом Щеткина. Высокая температура держится в течение нескольких дней. По мере увеличения инфильтрата последний давит на мочевой пузырь и прямую кишку; появляется затрудненное мочеиспускание с болью, болезненность при дефекации.

В дальнейшем температура начинает понемногу снижаться, изредка давая повышения, а затем долгое время остается субфебрильной. Если параметрит начинает рассасываться, явления со стороны мочевого пузыря и прямой кишки исчезают, улучшается и общее самочувствие. В случае же нагноения температура принимает «гнойный» характер с большими размахами и с ознобами, и общее состояние снова ухудшается.

Лечение. Лед на низ живота, свечи с белладонной, клизмы через день, аутогемотерапия по 5—7 мл, 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно. При дальнейшем развитии процесса — пенициллин по 100 000 единиц 3 раза в сутки, повторное, через 3—4 дня, переливание малых доз крови (80—100 мл), сульфатназол по 1 г через 4 часа, введение под кожу 5% раствора глюкозы по 500 мл ежедневно, сердечные средства (камфора, адонилен).

В начальных стадиях заболевания, пока инфильтрат не стал еще очень плотным, хорошее действие оказывает ежедневное введение через задний свод 300 000—500 000 единиц пенициллина, всего 3—5 инъекций. При этом все субъективные ощущения (главным образом боли) либо исчезают, либо становятся менее интенсивными, инфильтрат уменьшается в объеме, становится более плотным, с хорошо выраженными границами.

Если в параметрии образуется гнойник, его вскрывают либо через задний свод, либо через брюшную стенку, в зависимости от локализации. Гнойник, не распознанный своевременно, может вскрыться самопроизвольно во влагалище, прямую кишку или в мочевой пузырь. При этом температура быстро падает. С калом или с мочой, в зависимости от места вскрытия гнойника, выделяется большое количество гноя. Если самопроизвольное вскрытие гнойника произошло в брюшную полость, чего нельзя допустить, развивается тяжелый перитонит. Тщательное наблюдение за параметральным инфильтратом, своевременное вскрытие гнойника приводят обычно к выздоровлению.

Аднексит (adnexitis) — воспаление придатков матки; нередко в основе заболевания лежит гонорройная инфекция. Обычно первые проявления заболевания наступают сравнительно поздно—

через 10—12—14 дней после родов. Клиническая картина вначале напоминает параметрит, лишь сильнее выражены боли, которые передаются (иррадируют) в ноги и поясницу. Ясно выражены симптомы раздражения брюшины. По мере стихания воспалительных явлений боли уменьшаются, вокруг воспалительного очага нередко образуются многочисленные спайки, вследствие чего, особенно при резких движениях, боли усиливаются, а в состоянии покоя стихают.

При поражении маточной трубы нередко брюшной конец ее слипается, получается замкнутая полость, в которой скапливается воспалительный экссудат, иногда гнойного характера — пиосальпинкс (pyosalpinx).

Воспаленный яичник тоже может нагноиться, и тогда образуется абсцесс яичника (pyoovarium).

Лечение сходно с лечением при параметрите; обязательно начинают с введения пенициллина.

Лечение любых форм послеродовых заболеваний пенициллином значительно изменяет клиническое течение болезни. Так, температура быстро падает до нормальных цифр или же становится субфебрильной, патологический процесс, протекающий даже с образованием гнойников, не дает характерной «гнойной» температуры, улучшается субъективное состояние больной.

Септицемия (septicaemia) и септикопиемия (septicopyaemia) представляют собой клинические формы генерализованной септической инфекции, при которых местные поражения половых органов отступают на второй план. В одних случаях заболевание протекает без образования метастазов, а в других они образуются. В первом случае говорят о септицемии, во втором — о септикопиемии. Септикопиемия, следовательно, представляет собой септицемию с метастазами. Метастатические очаги либо подвергаются обратному развитию и исчезают, либо подвергаются гнойному расплавлению, причем образуются единичные или множественные гнойники.

Септицемия характеризуется высокой температурой с резкими подъемами по вечерам до 40—41°, ежедневными и повторными ознобами; язык сухой, обложенный, живот умеренно вздут. Кожа приобретает землистожелтый оттенок. Больная на боли не жалуется, лишь временами у нее появляется головная боль, иногда имеет место бред. При общении с окружающими больная несколько возбуждена; если же ее оставить в покое, она лежит большей частью с закрытыми глазами в состоянии безразличия. Со стороны кишечника отмечаются запоры, сменяющиеся поносами; мочеиспускание нормальное, аппетит плохой. Больная жалуется на жажду, сухость во рту.

Выделения из матки довольно обильные, гнойные, нередко с запахом.

Очень рано появляются изменения в различных органах (сердце, легкие, почки).

Клиническая картина септикопиемии имеет некоторые особенности, отличающие ее от септицемии. Через несколько дней после начала заболевания размахи температурной кривой становятся несколько меньше — по вечерам до $40-41^{\circ}$, утром температура снижается, но обычно не ниже 38° . Ознобы повторяются не ежедневно, а с промежутками в 2—3 дня. Эти «светлые» промежутки не носят правильного характера; они крайне неопределенны. Пульс очень частый; общее состояние тяжелое. Часто наблюдаются поносы.

В зависимости от органа, где образовался метастаз, к картине болезни присоединяются симптомы, зависящие от данного метастаза. Поэтому различают несколько вариантов септикопиемий: при образовании метастазов в легких речь идет о легочной форме септикопиемии, в сердце — о сердечной форме, в сосудистой системе — о тромбофлебитической форме и т. д.

Лечение. На первом месте стоит пенициллин с одновременным назначением сульфатназола по 1 г 4—6 раз в сутки; рекомендуется переливание крови по 75—100 мл повторно. На низ живота кладут лед. Одновременно назначают сердечные средства.

Применяют также повторные подкожные вливания раствора глюкозы (5—10%) по 300—500 мл; внутривенное введение 30—50 мл 40% раствора глюкозы через день, 10 мл 10% раствора хлористого кальция один раз в 4—5 дней.

Необходимо вводить в организм больной большие количества витаминов, особенно комплекса В [тиамин (B_1), рибофлавин (B_2)] и С.

В тех случаях, когда пенициллин не оказывает должного действия, в последнее время с успехом применяют стрептомицин по 0,25 г (250 000 единиц) 3—4 раза в день.

Большую роль играет уход за больной, который целиком лежит на акушерке. Хорошее, богатое витаминами, легко усвояемое питание (молоко, бульон, белое мясо, много фруктов, зелени), обильное питье; уход за полостью рта, содержание в чистоте тела, создание вокруг больной спокойной обстановки, чистая, хорошо прибранная постель, частое проветривание палаты — это основные требования в уходе за такими больными, без чего не может быть обеспечено правильное лечение.

Если образовавшиеся при септикопиемии метастазы нагнаиваются и доступны хирургическому вмешательству, их вскрывают.

Тромбофлебит (trombophlebitis) начинается с воспаления стенки вены, т. е. с флебита. Тромбофлебит может образоваться в любом участке венозной сети; в большинстве случаев в послеродовом периоде он образуется в венах матки, в венах малого таза, в венах нижних конечностей.

Клиническая картина тромбофлебита: на 3—4-й день после родов повышается температура (до $38-39^{\circ}$) с потрясающим ознобом. Ознобы повторяются с промежутками в 2—3 дня. Пульс

резко учащен. Язык обложен, влажный. Больные жалуются на боли в ногах, несколько меньше они выражены внизу живота. Спустя несколько дней температура начинает медленно снижаться (в течение ряда дней), доходя даже до нормальной, или же становится субфебрильной, а затем снова начинает повышаться. При лечении тромбоза пенициллином болезнь протекает при субфебрильной и даже нормальной температуре.

При тромбозе вен матки последняя увеличена сравнительно со сроком послеродового периода, пастозна, неравномерно сокращена, болезненна. Тазовая клетчатка с обеих сторон матки отечна. Все эти данные получают при влагалищном исследовании, которое производит врач. Отмечаются обильные выделения серозно-кровянистого характера.

Если при описанном состоянии органов малого таза находят пристеночные извитые, отечные, пульсирующие, болезненные при пальпации тяжи, сравнительно легко сжимаемые, говорят о тромбозе вен малого таза. При этом, в зависимости от стороны поражения, отмечается отечность того или другого бедра.

При тромбозе вен бедра паховая складка на пораженной конечности сглажена, имеется отечность бедра, повышение кожной температуры пораженного бедра, болезненность при пальпации по ходу вены, на внутренней поверхности бедра прощупываются утолщенные сосуды, отечность в подколенной ямке, болезненность в икроножных мышцах.

Лечение. Все сказанное относительно лечения при септицемии и септикопиемии остается в силе и при лечении в случаях тромбозов, но со следующими особенностями. При тромбозах необходимо избегать внутривенных вливаний, так как они могут содействовать отрыву частичек тромба, что в свою очередь может повести к эмболии легких; следует ограничиваться подкожным введением лекарств, но не в отечную и болезненную конечность. Надо избегать частых клизм. Особенно большое значение имеет положение больной в кровати. Нужно обеспечить неподвижное возвышенное положение ног, под углом в 30° , для чего под ноги кладется несколько подушек. Лед кладут не только на низ живота, но и по ходу пораженных сосудов.

Хорошие результаты при лечении больных тромбозом дает применение пиявок, впервые испытанное при этом заболевании А. П. Губаревым. Пиявки, как полагают, уменьшают интенсивность воспаления, а выделяемый ими гирудин, попадая в организм больной, замедляет свертывание крови.

Пиявки ставят на кожу бедра, коленного сустава, в зависимости от локализации тромбоза; кожу предварительно обмывают водой с мылом, сухо обтирают и затем смазывают раствором сахара; однократно ставят 5—7 пиявок; каждая пиявка высасывает до 10—12 мл крови. Пиявку насильно не снимают — она отпадает сама; место укуса смазывают иодной настойкой и

накладывают стерильную повязку. Повторно пиявки назначают (если это необходимо) не раньше чем через 15—20 дней.

С момента, когда явления тромбоза перестают прогрессировать, больная должна находиться в постели еще 15—20 дней; только по истечении этого срока ей можно разрешить спускать ноги, а затем и ходить. Полное восстановление кровообращения происходит спустя долгое время после выписки из стационара, иногда через 5—6 месяцев. Дома рекомендуется спать с положенными на подушку ногами, а в течение дня, хотя бы первые 1—2 месяца, лежать 1—2 часа с приподнятыми ногами.

Перитонит общий разлитой (peritonitis diffusa), перитонит ограниченный, тазовый (pelveoperitonitis). Симптомы, характерные для перитонита: тоскливое выражение лица, испуганный взгляд, запавшие глаза, заостренный нос; пульс 120—140 ударов в минуту, малый, аритмичный; температура колеблется от 37,5° до 40°. Живот вздут, болезнен при дотрагивании, резко выражен симптом Щеткина. Газы плохо или совсем не отходят. Тошнота, рвота сначала пищей, а затем желчью, иногда понос; сильная жажда. Язык сухой, обложенный. Похолодание пальцев ног и рук, цианоз их. Поверхностное дыхание.

Иногда воспаление брюшины ограничивается только тазовой областью. В этом случае симптомы в начале заболевания напоминают симптомы разлитого перитонита, однако они выражены менее резко.

При начинающемся разлитом послеродовом перитоните назначают пенициллин внутримышечно по 200 000 единиц через каждые 3 часа, сульфатиазол внутрь 6—8 г в сутки равными порциями через 4 часа, лед на живот, свечи с белладонной, введение газоотводной трубки, промывания желудка, сифонную или гипертоническую клизму, введение под кожу больших количеств 5—10% раствора глюкозы и физиологического раствора хлористого натрия (до 2 л в сутки), повторные капельные вливания в вену односторонней крови (100—200 мл), сердечные средства. В некоторых случаях показано оперативное вмешательство.

При тазовых перитонитах начинают лечение таким же образом; в самом начале заболевания рекомендуется ежедневно (в течение 3—4 дней) вводить 500 000 единиц пенициллина через задний свод; острые явления быстро стихают и воспалительный процесс до нагноения не доходит. При образовании гнояника его вскрывают через задний свод (задняя кольпотомия).

Гоноррея в послеродовом периоде встречается у родильниц, болевших гонорреей до беременности или заболевших ею во время беременности. При микроскопическом исследовании лохий обнаруживаются гонококки. Иногда инфекция у матери ничем себя не проявляет, а обнаруживается у новорожденного обследованием бленорреи глаз. В таком случае надо внимательно обследовать родильницу, причем нередко в лохиях ее удается обнаружить гонококков.

Протекает гонококковая инфекция в послеродовом периоде различно. В одних, более легких случаях, гонококки, попадая в полость матки вскоре же после родов, вызывают гонорройный метро-эндометрит. Благодаря хорошему оттоку лохий инфекция дальше не распространяется. При этой форме заболевания родильницы чувствуют себя вполне удовлетворительно, температура у них большей частью нормальная; лохии обильные, гнойного характера. Иногда в конце первой или в начале второй недели после родов, когда родильница начинает ходить, наблюдается повышение температуры (редко выше 39°) и учащение пульса, что заставляет снова уложить родильницу в постель. Появляются обильные гнойные выделения, матка плохо сокращается. При соблюдении постельного режима и соответствующем лечении (пенициллин, сульфатиазол) заболевание ликвидируется в течение 3—4 недель.

В других случаях заболевание носит более тяжелый характер — высокая температура ($39—40^{\circ}$), резкие боли внизу живота с явлениями раздражения брюшины. Это указывает на распространение инфекции восходящим путем, что требует длительного постельного режима и специального лечения.

Встречается и такая форма гонококковой инфекции, которая в течение всего послеродового периода заметно себя не проявляет; лишь позднее, часто с появлением первой менструации, инфекция дает резко выраженную вспышку.

Гонококковая инфекция требует к себе большого внимания. Еще в консультации надо выявлять заболевания гонорреей путем исследования выделений из мочеиспускательного канала, из шейки матки, из влагалища и из прямой кишки. Таким путем удастся выявить скрытые формы гонорреи и своевременным лечением предупредить вспышку ее после родов. Направляя рожениц в родильный дом, необходимо в сопроводительной карточке отмечать результаты обследования на гоноррею. При обнаружении гонорреи у рожениц и родильниц в родильном доме принимают соответствующие меры, предупреждающие распространение и передачу этой инфекции как от матери ребенку, так и другим родильницам и новорожденным. Мать, больную гонорреей, и ее ребенка изолируют.

Гоноррея в послеродовом периоде с успехом излечивается пенициллином и сульфатиазолом.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ РОДИЛЬНИЦАМИ

Правильно организованный уход за заболевшими родильницами имеет огромное значение, так как только при наличии лечебно-охранительного режима все наши мероприятия окажутся достаточно эффективными. При плохом уходе эффективность даже таких средств, как пенициллин, резко снижается.

В первую очередь должно быть обращено внимание на правильную уборку больных. Уборка имеет целью гигиениче-

ское содержание промежности, наружных половых органов и прилегающих отделов.

Следует еще раз упомянуть, что единственно допустимой является уборка больных при помощи инструментов, в резиновых перчатках, стерильным материалом.

Большое значение имеет гигиеническое содержание палат, постели больной и самой больной. Воздух в палатах должен быть всегда чистым и свежим, что достигается многократным проветриванием; летом можно круглые сутки держать засетчатые окна открытыми настежь. Белье как нательное, так и постельное надо часто менять, не реже одного раза в 4—5 дней. Если больная часто потеет, белье нужно менять чаще, особенно рубашки и простыни. Необходимо часто (3—4 раза в день) менять подстилку, особенно при обильных выделениях, независимо от их характера.

Индивидуальное подкладное судно после каждого пользования следует промывать каким-либо дезинфицирующим раствором (например, 2% раствором лизола) и раз в 5 дней тщательно мыть и кипятить.

Питание больной является частью лечения, поэтому на него должно быть обращено самое серьезное внимание. Пища должна быть свежей, хорошо и вкусно приготовленной, содержать достаточное количество витаминов, подаваться в горячем виде. У больных родильниц обычно очень плохой аппетит, поэтому внешний вид пищи и способ ее подачи имеют большое значение: грязная тарелка, холодное кушанье, слишком большая порция — все это отражается на аппетите больной. Обычно больные получают пищу 3—4 раза в день. Тяжело больным следует давать пищу чаще, через каждые 2—3 часа, но очень небольшими порциями, — тогда они съедают больше.

Следует обратить серьезное внимание и на питье. Больные должны получать достаточное количество жидкости. Им можно давать чай, слабый кофе, воду, минеральные воды, морс. Жидкость больная может получать в холодном, или, наоборот, в горячем, или теплом виде, в зависимости от ее желания.

Уход за полостью рта. При высокой температуре губы и язык сохнут, покрываются корками, налетом. Очищать рот следует после приема пищи, а кроме того, утром при утреннем туалете больной и вечером перед сном. Протирать рот следуют палочкой, обмотанной ватой, смоченной в следующем растворе:

Rp. Boracis
Glycerini aa 15.0
MDS. Для протирания рта

Измерять температуру и одновременно сосчитывать пульс следует два раза в сутки, всегда в одно и то же время, лучше всего в 7 часов утра и в 7 часов вечера. Полученные данные заносят в температурный лист, на котором получают две

кривые — температурная и пульсовая. В этом же листе отмечают внутривенные вливания, прием сильнодействующих лекарств, пенициллина, операции и т. д. После каждого озноба немедленно измеряют температуру и полученные данные заносят в историю болезни; эта температура заносится также и в температурный лист.

Очень часто послеродовым больным назначают лед на низ живота. Ухаживающий персонал должен следить за тем, чтобы в пузыре был именно лед, а не вода, и чтобы лед лежал на указанном месте в течение всего назначенного времени. Пузырь со льдом должен быть обернут пеленкой. При особой чувствительности кожи во избежание отморожения место, на которое должен быть положен на продолжительное время лед, предварительно смазывают тонким слоем вазелина.

Больные родильницы длительное время лежат на спине. При этом, вследствие постоянного давления, на костных выступах (крестец, лопатка) вначале образуется покраснение, а в дальнейшем может наступить поверхностное омертвление кожи с образованием пролежня. Особенно легко образуются пролежни, если в постели остаются крошки хлеба или простыня сырая, недостаточно разглажена, собирается в складки. Во избежание пролежней в первую очередь нужно содержать в чистоте постель и тело больной (тщательное разглаживание складок рубашки и простыни, стряхивание крошек, сухая кожа), обтирать тело камфорным спиртом, водкой пополам с водой, ароматическим уксусом, одеколоном и т. п.

Если, несмотря на все принятые меры, пролежни все же появились, пораженное место смазывают мазью Вишневского, камфорным спиртом или крепким раствором марганцовокислого калия (10%), покрывая пораженный участок стерильной марлей и сменяя последнюю не менее 5—6 раз в сутки и во всяком случае после каждого испражнения и мочеиспускания.

При тромбозах вен таза и нижних конечностей ноги должны быть приподняты кверху. Достигается это положение разными путями: лучше всего под ножной конец матраца подложить сложенный вдвое матрац или 2—3 подушки; тогда ноги будут находиться в приподнятом положении и сохранится возможность незначительных движений в суставах, что предохраняет суставы от анкилоза (неподвижности) или тугоподвижности.

Больной тромбозом следует чрезвычайно осторожно подставлять судно, перестилать простыни, сменять подстилки. Наилучшим способом считается следующий: под таз больной подводится широкое полотенце или подстилка; санитарки, стоя по бокам от больной и поднимая кверху за концы полотенце или подстилку, несколько приподнимают таз больной; в это время под больную подставляют судно или сменяют подстилку. Когда соответствующая манипуляция закончена, больную медленно и осторожно опускают. Вынимать судно можно и не поднимая

больную. Больная должна лежать с несколько разведенными ногами. Если требуется поднять ноги больной, лучше всего осторожно взять в одну руку пальцы ноги, а в другую пятку и таким образом поднимать ногу.

Если такой больной надо поставить клизму, то следует всегда брать воды немного, а кружку поднимать над уровнем кровати не выше 1 м. Вода при этом медленно входит в прямую кишку, и кишка не слишком раздувается, вследствие чего давление на пораженные вены малого таза будет незначительным.

Если в малом тазу имеется гной, то после операции для облегчения стока его поднимают головной конец кровати, установив его на низкую табуретку или подложив под две ножки кровати 1—2 кирпича (если нет специальных подставок).

Если патологический процесс наблюдается в легких (при метастатической плевропневмонии, при абсцессе легкого), больная по возможности должна находиться в полусидячем положении или в положении, близком к нему. Достигают этого тем, что под подушки ставят подставку (на всю ширину кровати) или кладут 3—4 подушки. Больной в таком положении гораздо легче дышать.

Уход за больными родильницами, как выше указывалось, составляет часть лечебных мероприятий, и поэтому строгое выполнение всех назначений, внимательное наблюдение за каждым на первый взгляд даже незначительным изменением в состоянии больной, тщательный, вдумчивый, внимательный уход, создание обстановки, при которой больная не чувствовала бы себя покинутой и забытой, обеспечение психического покоя являются исключительно важными условиями для эффективного лечения.

Медицинский персонал должен вести среди женщин санитарно-просветительную работу, указывая на пути заражения. При выписке родильниц им должно быть указано, как следует подмываться, как содержать наружные половые органы в чистоте; необходимо указать также на вред возобновления половой жизни ранее 2 месяцев после родов, на необходимость после выписки из родильного дома посещать консультацию для женщин и консультацию для детей.

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Глава XXX

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Большинство акушерских операций носит экстренный характер, поэтому в акушерском стационаре должно быть заблаговременно приготовлено все необходимое для наложения шипцов, перинеотомии, тампонации матки и влагалища, стерилизованный инструментарий для зашивания разрыва шейки матки, операционная, белье.

Если приходится оперировать на дому у роженицы, необходимо и здесь создать соответствующие условия: выбрать наиболее светлую и чистую комнату, удалить из нее всю мягкую мебель и вещи и заставить вымыть пол горячей водой.

Вместо операционного стола или кресла здесь можно приспособить обычный прочный стол или высокую кровать. Для производства операции на дому необходимо иметь набор инструментов в стерилизаторе и полный комплект стерильного белья в специальной сумке.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Стерилизация материала. Материал, халаты, простыни, полотенца укладывают в специальные барабаны, коробки; марлевые салфетки, тупферы укладывают отдельно в другие барабаны. Барабаны с открытыми боковыми отверстиями закладывают в автоклав. Перед началом стерилизации на дно автоклава наливают 2 л горячей воды, сверху кладут металлическую решетку, на которую ставят барабаны; автоклав герметически закрывают крышкой с резиновой прокладкой с помощью специальных винтов.

Под автоклавом ставится примус, газовая горелка или имеется электронагреватель. С момента выхода пара из специального крана его закрывают и продолжают нагревать, пока давление в манометре не достигнет 1—1,5 атмосферы. После этого кран открывают, через специальный шланг выпускают остатки воздуха и, закрыв кран, продолжают нагревание, доводя давление в манометре до 2 атмосфер. Такое давление держат в течение 40—50 минут; при этом температура в автоклаве достигает 134°. По прошествии указанного срока нагревание прекращают,

открывают кран, выпускают пар, осторожно отвинчивают крышку автоклава и еще теплыми вынимают коробки; вынимая бара, закрывают все боковые отверстия.

Подготовка материала для швов. Приготовление шелка. Перед приготовлением шелка акушерка моет руки, как для операции. Шелк предварительно моют несколько раз мылом в теплой воде, после чего дважды прополаскивают в дистиллированной воде (в предварительно простерилизованных тазах), обсушивают стерильным полотенцем, опускают в стерильную стеклянную банку с притертой пробкой и заливают на 6 часов эфиром; через 6 часов эфир сливают, а шелк вновь заливают чистым спиртом на 6 суток.

По прошествии этого срока шелк вынимают из спирта и кипятят в течение 10 минут в дистиллированной воде, после чего наматывают на стерильные стеклянные катушки. Катушки опускают в стерильную банку и заливают чистым спиртом на 10 суток; после указанного срока шелк посылают в лабораторию для определения его стерильности.

Приготовление кетгута. Каждую нитку кетгута нужно дважды протереть марлей, пропитанной бензином, после чего моточки дважды прополаскивают в дистиллированной воде в предварительно обожженных тазиках, затем обсушивают стерильным полотенцем и опускают на 10 суток в люголевский раствор на спирту, налитый в стерильную банку с притертой пробкой. По истечении этого срока кетгут посылают в лабораторию для определения стерильности. Состав люголевского раствора:

Rp. Jodi puri 1,0
Kalii jodati 2,0
Spiritus Vini rectificati 100,0
MDS. Люголевский раствор для кетгута

Подготовка перчаток. Каждую перчатку перекалывают марлей и кипятят 15 минут. Надевая перчатки, руки смазывают раствором спирта пополам с глицерином. Лучше перчатки пересыпать тальком и стерилизовать в автоклаве; в этом случае получатся сухие стерильные перчатки.

Подготовка инструментов. Набор инструментов, необходимых для той или иной операции, кладут на сетку стерилизатора. В стерилизатор наливают воду, в которую добавляют на сода (до 1%), и ставят на огонь.

Как только вода закипит, опускают в стерилизатор сетку с инструментами, закрывают крышкой и кипятят в течение 15 минут.

Ножи, скальпели и ножницы тщательно моют щеткой с мылом, после чего опускают в чистый спирт, где они лежат не менее 2 часов.

Подготовка больной. Не всегда при акушерских операциях, ввиду их экстренного характера, можно заблаговременно провести тщательную подготовку больной.

Если имеется хотя малейшая возможность, необходимо опорожнить кишечник клизмой; если женщина самостоятельно не мочится, надо спустить мочу катетером.

Наружные половые органы, внутренние поверхности бедер и нижняя половина живота должны быть продезинфицированы, как операционное поле. Волосы на наружных половых органах сбривают, после чего эти места тщательно обмывают теплой во-

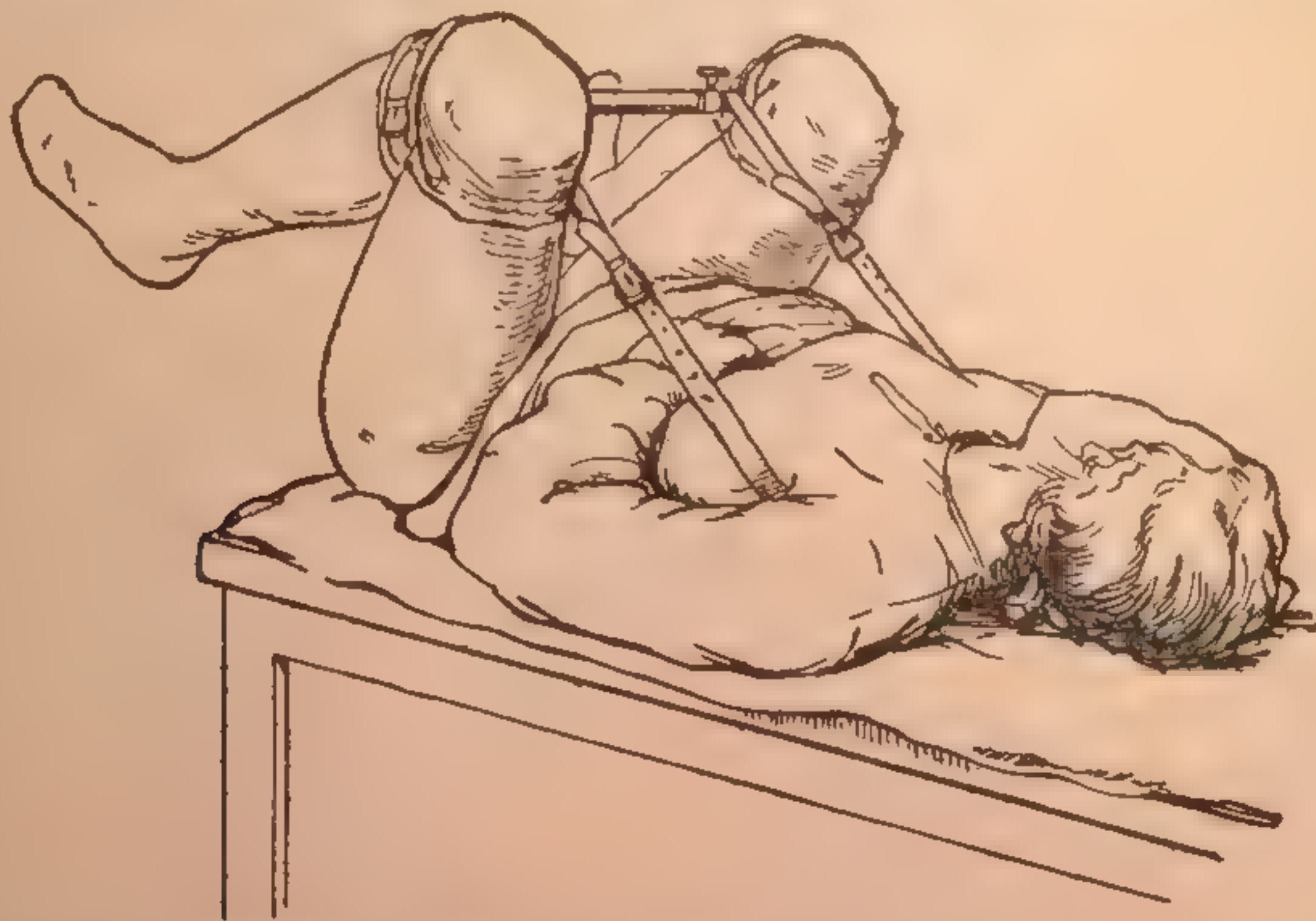


Рис. 304. Ноги удерживаются при помощи ногодержателя Отта.

дой с мылом. Обмывают также нижнюю часть живота и верхнюю половину бедер, складки между бедрами и вульвой и пространство вокруг отверстия заднего прохода.

После мытья все обсушивают стерильными марлевыми салфетками на корнцанге, а затем наружные половые органы, внутренние поверхности бедер и промежность смазывают 5% иодной настойкой.

После такой подготовки брюшную стенку покрывают стерильной салфеткой, а на ноги надевают стерильные длинные чулки или чехлы, или, наконец, обертывают стерильными простынями.

Положение больной при влагалищной операции. Акушерские операции в большинстве случаев производятся влагалищным путем. Поэтому положение больной должно быть таким, чтобы влагалище и окружающие участки были легко доступны оперирующему.

Для операции больная помещается на специальное гинекологическое кресло или операционный, или в крайнем случае на обычный стол, причем ноги или держат помощники, или их удерживают ногодержателем (рис. 304), или же ступни упираются в

поставленные табуретки (рис. 258). Ногодержатель может быть сделан из полотенец или из простыни (рис. 305, 306 и 307).

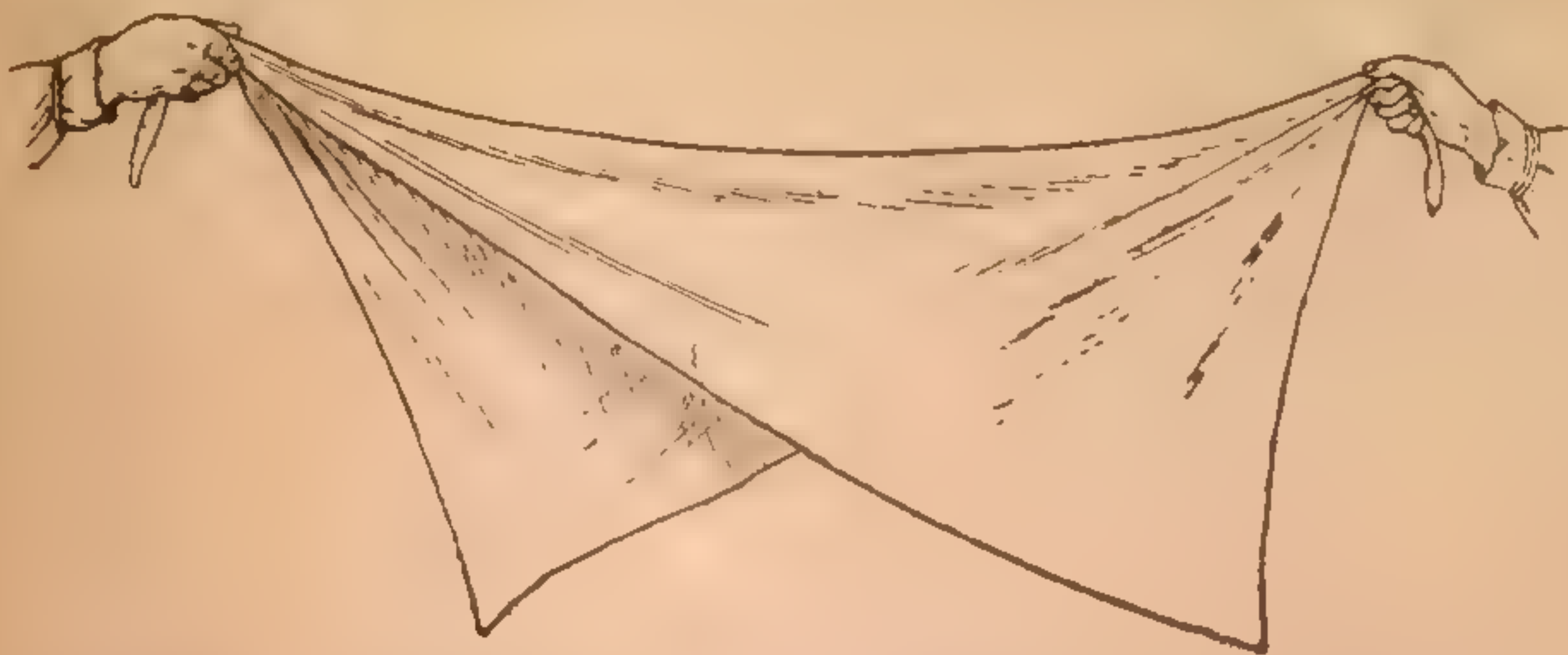


Рис. 305. Ногодержатель, сделанный из простыни. Первый момент.



Рис. 306. Ногодержатель, сделанный из простыни. Второй момент.

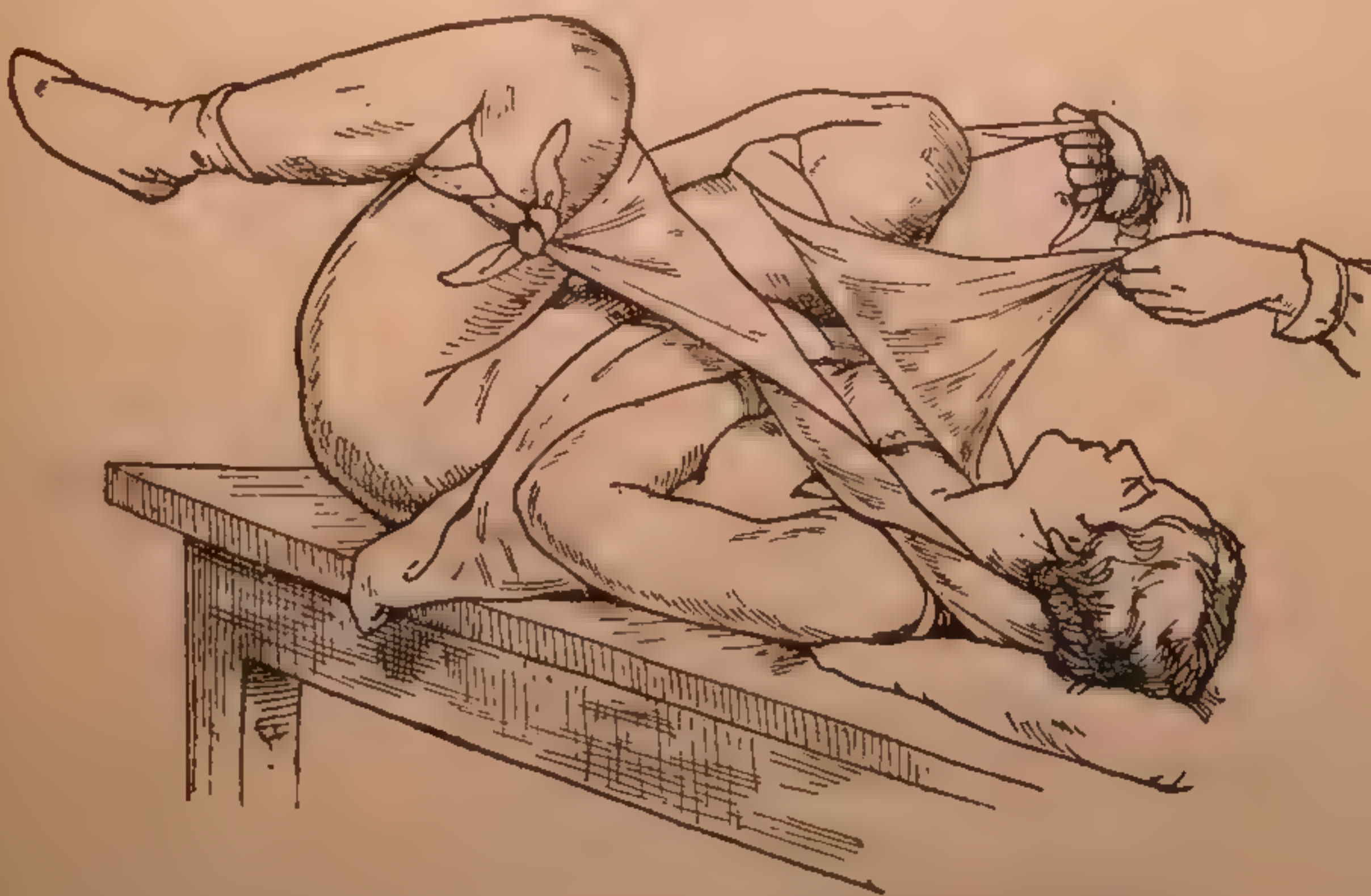


Рис. 307. Ногодержатель, сделанный из простыни.

Обезболивание. Операции производятся либо под общим ингаляционным наркозом (эфир), либо под спинномозговой анестезией, либо под внутривенной (гексенал), либо под местной анестезией (0,25% раствор новокаина).

Для обезболивания следует приготовить маску, эфир, 0,25% раствор новоканна, стерильные шприцы, роторасширитель, языкодержатель, штопор и фильтровальную бумагу, подушку с кислородом, сердечные средства, прокипяченный шприц с иглами. Все необходимое для наркоза должно находиться на отдельном столике.

Если операцию предполагают вести под общим наркозом, необходимо выяснить, нет ли у больной искусственных зубов, и если они есть, удалить те из них, которые снимаются.

Показания и условия для операции. Прежде чем оказывать ту или иную помощь при родах, надо прежде всего выяснить, нужна ли эта помощь; без строжайших показаний нельзя прибегать ни к каким вмешательствам. Надо помнить, что как бы искусно ни была оказана оперативная помощь, она все же представляет собой травму как для матери, так и для плода и ухудшает течение послеродового периода.

Любая акушерская операция, как бы незначительна она ни была, требует определенных, обоснованных показаний для своего проведения.

Выбор вида операции зависит от показаний и от того, имеются ли налицо условия для того, чтобы произвести ту или иную операцию.

Акушерские операции, в зависимости от их назначения, делятся на подготовляющие и родоразрешающие.

Подготовляющие операции имеют целью устранить имеющиеся или создавшиеся препятствия для продвижения плода, а родоразрешающие операции, как показывает само название, — это различные методы и способы извлечения плода.

К подготовляющим операциям относятся, например, пальцевое, инструментальное расширение маточного зева, шейного канала, разрыв плодного пузыря, заправление ущемленной губы шейки матки, рассечение промежности, акушерский поворот.

ПАЛЬЦЕВОЕ РАСШИРЕНИЕ НАРУЖНОГО ЗЕВА (DILATATIO ORIFICII EXTERNI)

Показаниями к этой операции является ригидность наружного зева, плотным кольцом облегающего головку и плохо раскрывающегося, несмотря на продолжительную хорошую родовую деятельность. Условия, необходимые для этой операции, — сглаженный шейный канал и открытие наружного зева не менее чем на два пальца.

Техника расширения (рис. 308). Во влагалище вводят кисть, двумя пальцами, указательным и средним, входят в зев; постепенно и осторожно раздвигают края зева в различных направле-

ниях. По мере растяжения зева вводят третий палец и продолжают осторожно расширять дальше, не надрывая краев зева, желательно до полного открытия наружного зева. Операция пальцевого расширения шейки матки трудна и ответственной перерывами для отдыха, маточный зев быстро возвращается в первоначальное положение.

Поэтому в особо экстренных случаях рекомендуется иногда эту операцию производить под спинномозговой анестезией, при которой устраняется спазм шейки матки и расширение идет значительно легче.

РАССЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ЗЕВА (HYSTEROSTOMATOMIA)

Если пальцевое расширение оказывается трудным или невозможным, или в зеве имеются рубцовые изменения, угрожающие разрывом, лучше произвести рассечение наружного края зева (врач!).

Глубина насечек — 1 см. Рассечение краев наружного зева производят непременно при сглаженном шейном канале, в раскрытом зеркалами влагалище, под контролем зрения. Насечки делают в двух или четырех местах в направлении правого и левого косога размера.

Для этой операции необходимы четыре влагалищных зеркала, из которых два боковых, одно нижнее и одно зеркало-подъемник, изогнутые по ребру ножницы с длинными рукоятками и с одним тупым концом, которым заходят между подлежащей частью и шейкой.

Операция «искусственное расширение маточного зева во время родов» впервые была разработана и описана А. Я. Красовским.

Показанием к этой операции является необходимость произвести быстрое родоразрешение, при условии сглаженной шейки матки, достаточном (3—4 пальца), но еще не полном раскрытии наружного зева. Насечками зев доводят до полного раскрытия, что дает возможность, например, при низком стоянии головки в тазу извлечь плод путем наложения щипцов.

МЕТРЕИРИЗ (METREURYSIS)

Расширение шейки матки при помощи метрейринтера производится (врач!) при небольшом открытии, когда еще шейка не сглажена, а подлежащая часть плода стоит высоко. Показания к введению метрейринтера могут быть: преждевременное отхождение вод при поперечном положении плода, кровотечение

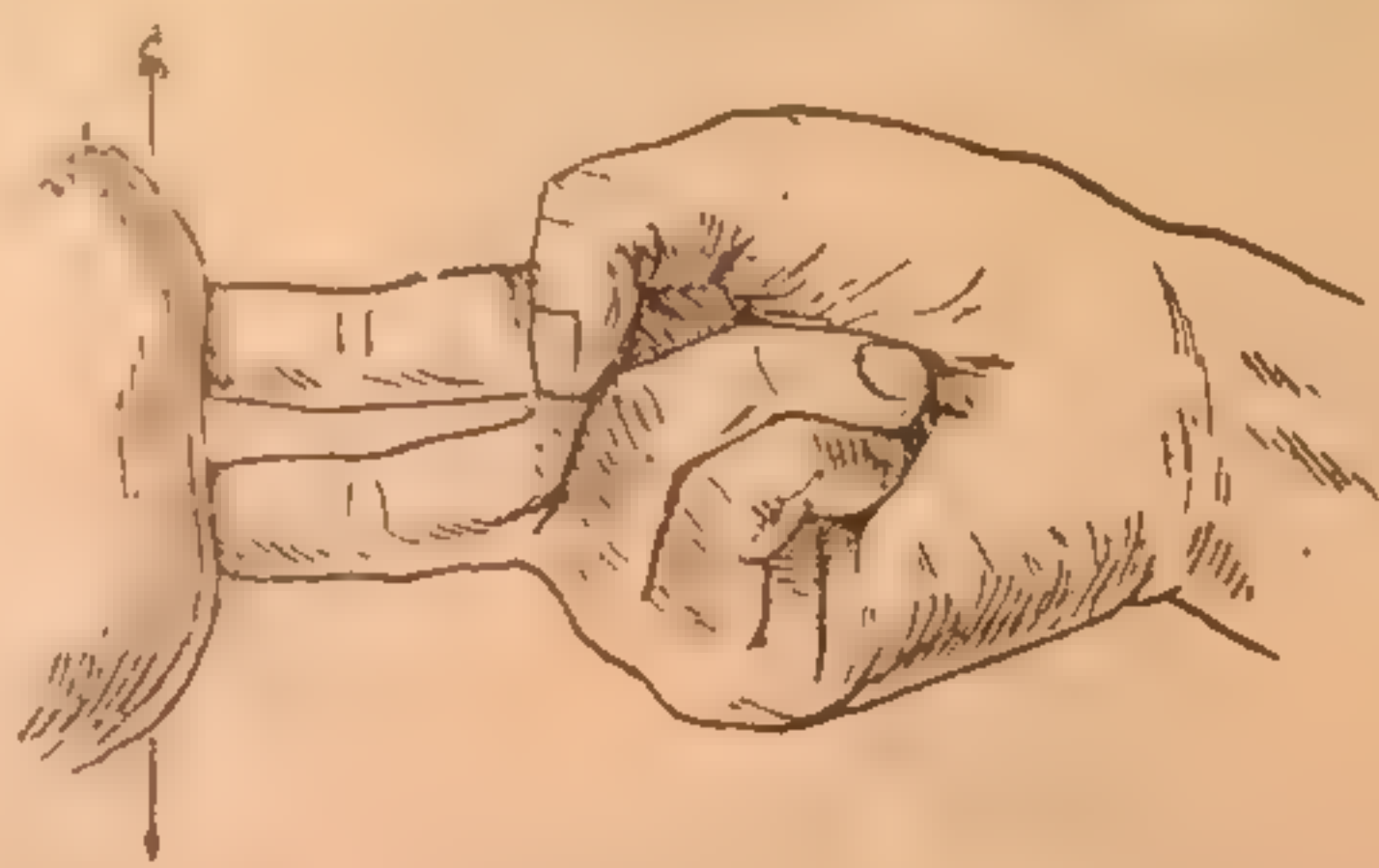


Рис. 308. Пальцевое расширение наружного зева шейки матки.

при предлежании детского места, выпадение пуповины при малом открытии зева и высоком расположении предлежащей части и некоторые другие осложнения. При предлежании детского места метрейринтер вводят через сделанное в плаценте отверстие внутрь яйца (интраовулярно).

Метрейринтер (рис. 309) — конусообразный резиновый баллон, от которого отходит узкая резиновая трубка.

Метрейринтер, или, как его раньше называли, тампонарасширитель, изобрел русский ученый Д. Трубницкий (1853). Он оставил описание изобретенного им тампонарасширителя в своей диссертации «О предлежании детского места».

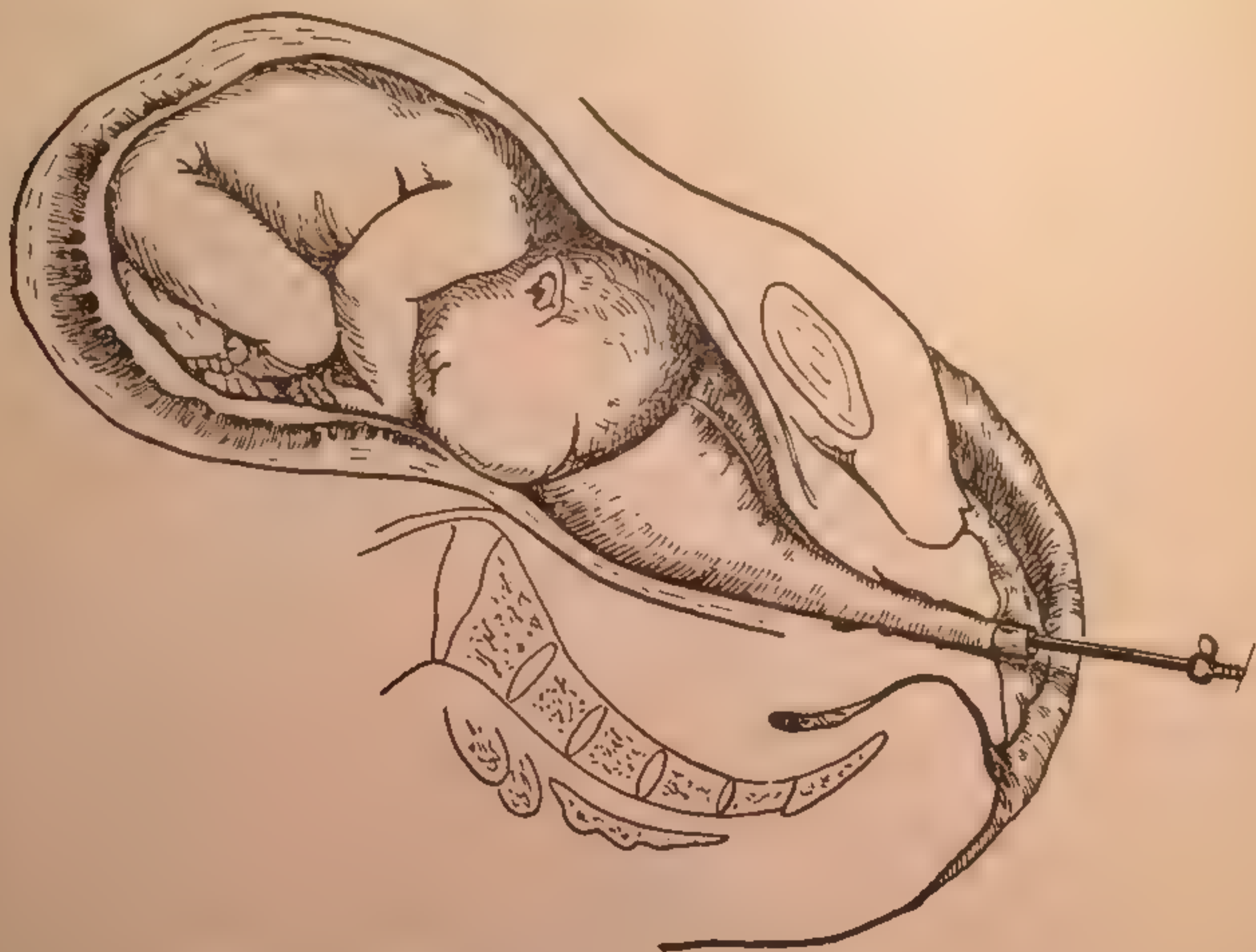


Рис. 309. Метрейринтер, введенный в матку.

Инструменты, необходимые для этой операции: 2 корнцанга, 4 зеркала (верхнее, нижнее и два боковых), 2 пары пулевых щипцов, расширители (большие номера — от 10 до 22), метрейринтер, специальные щипцы для введения метрейринтера в матку, шприц на 200 г, зажим для резиновой трубки.

Прежде чем кипятить эти инструменты, необходимо при помощи шприца наполнить метрейринтер водой; таким путем проверяют целостность метрейринтера и предельное количество жидкости, какое можно ввести, не разорвав метрейринтер.

Метод постоянного влечения за головку. Вместо метрейринтера некоторые рекомендуют захватить головку за родовую опухоль или просто за кожу крепкими щипцами Мюзона, к которым привязывают марлевый бинт. Перебросив бинт через блок у ножного конца кровати, к нему подвешивают груз весом в 200 г (рис. 310).

Обычно к методу постоянного влечения за головку, методу фиксации головки, прибегают при затянувшихся родах мертвым

плодом (метод, предложенный А. А. Ивановым) и при недоношенном случае в предлежащей плаценте проделывают отверстие и вводят через него шипцы типа Мюзо, которыми прочно захватывают кожу на черепе плода.

РАСШИРЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОМОЩИ РАСШИРИТЕЛЕЙ

К искусственному расширению канала шейки матки приходится прибегать преимущественно при производстве прерывания беременности ранних сроков по медицинским показаниям — искусственный аборт (врачи!).

Иногда для введения метрейринтера при недостаточном открытии шейки приходится расширить канал; в этом случае применяют большие номера расширителей.

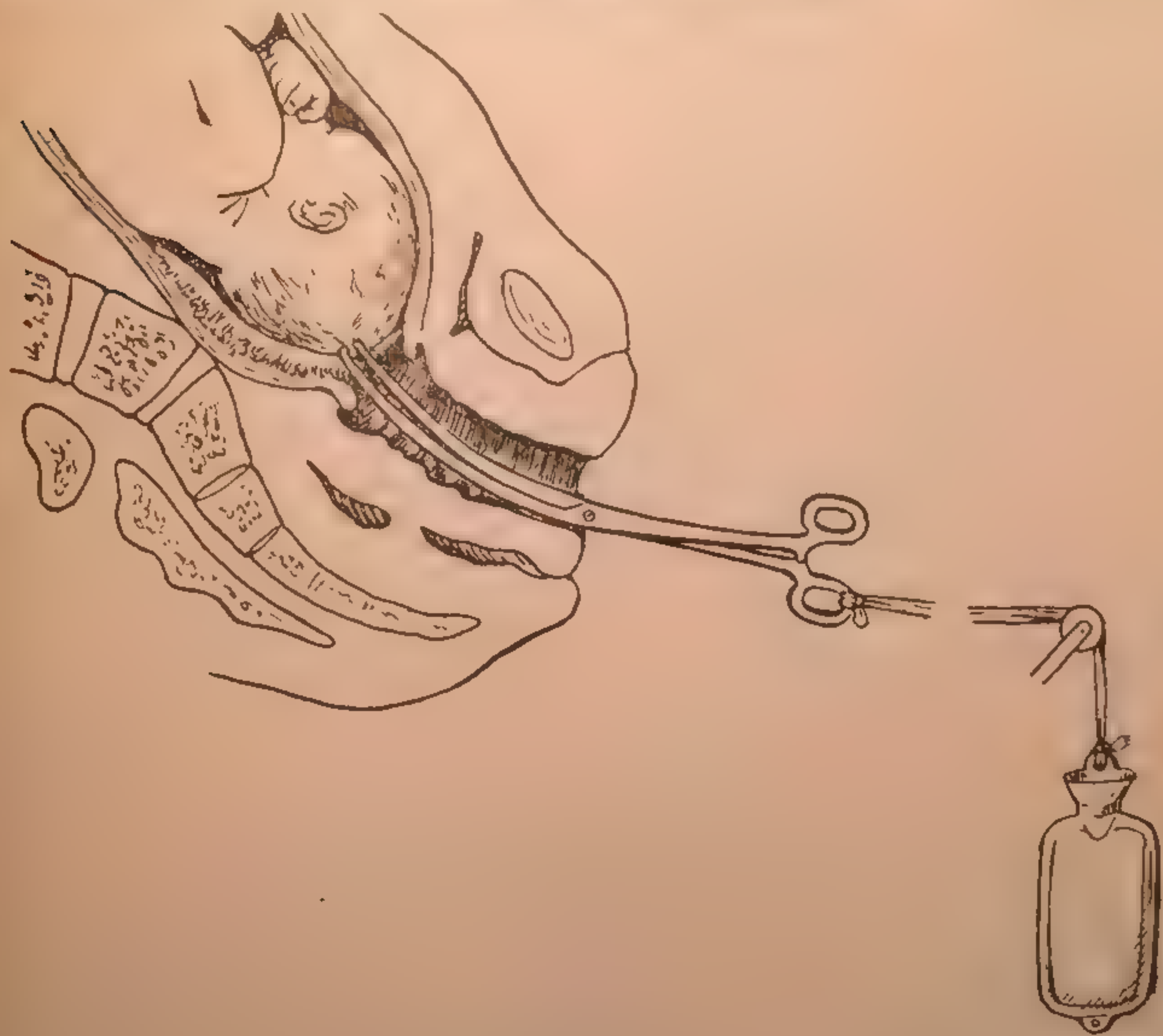


Рис. 310. Метод постоянного влечения за головку (при предлежании плаценты).

Расширители (дилататоры Гегара) — это металлические длинные круглые штифты различной толщины, определяемой соответствующим номером.

Набор расширителей, необходимых для производства искусственного аборта, обычно содержит номера от 3—4 до 12—13; для других целей применяют и большие номера расширителей.

Расширители вводят под контролем зрения, для чего влагал-
ище раскрывают зеркалами, а шейку матки фиксируют (обычно
за переднюю губу) щипцами Мюзо (рис. 311).

Прежде чем ввести расширитель в канал шейки и дальше
через внутренний зев в полость матки, вводят специальный ма-
точный зонд, на котором нанесены сантиметровые деления.
Предварительным зондированием определяют направление кана-
ла из наружного зева шейки в полость матки и длину полости
матки; это необходимо для того, чтобы знать, в каком направле-
нии и на какую глубину предельно можно вводить расширители
и другие инструменты, какими пользуются при операции выскаб-
ливания полости матки.

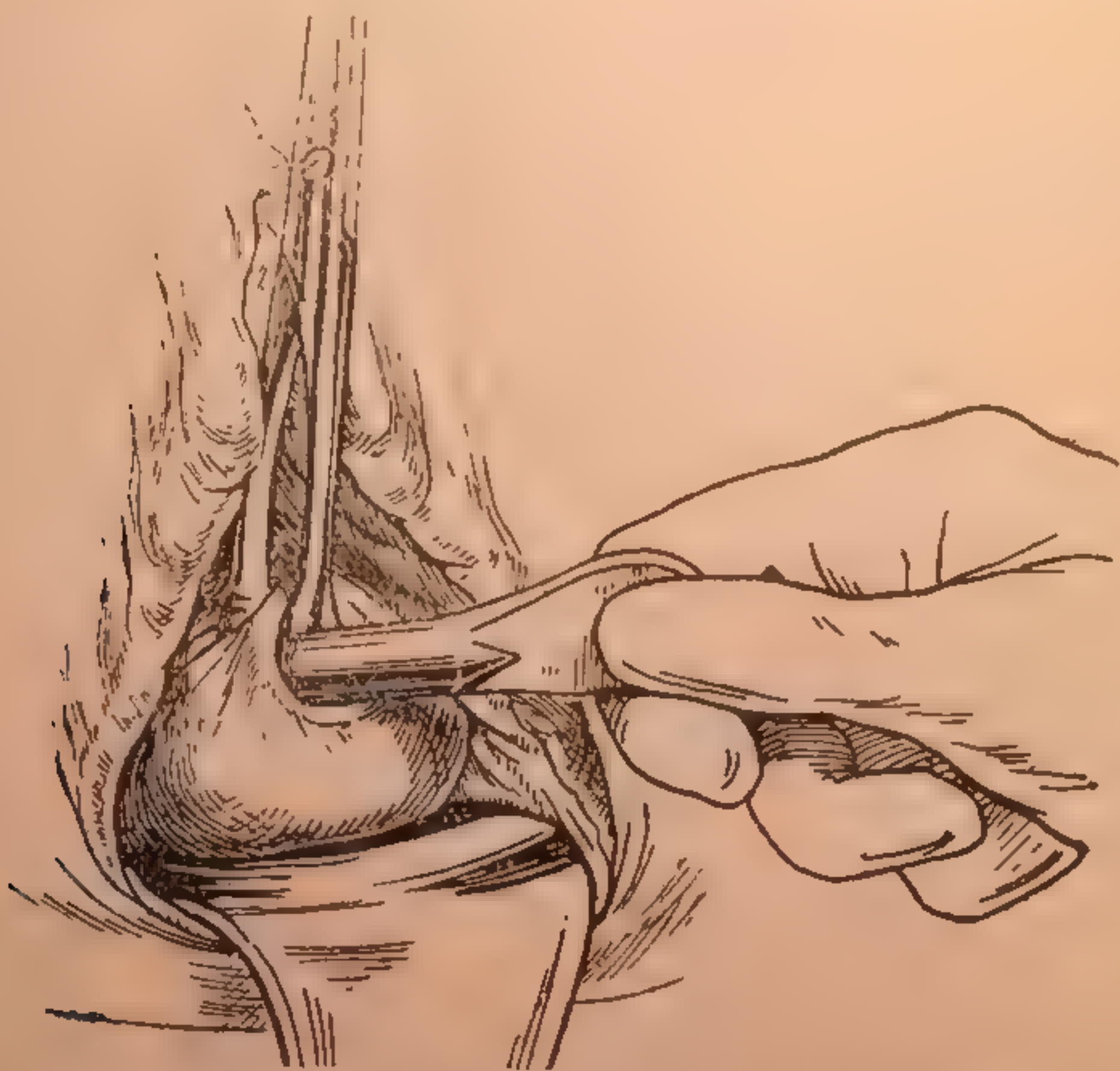


Рис. 311. Операция введения расширителей
в шейку матки.

ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ (ABRASIO CAVI UTERI)

Выскабливание полости матки производит врач для удаления
остатков плодного яйца при неполном выкидыше и в тех случа-
ях, когда приходится прерывать беременность по медицинским
показаниям. Для этой операции необходимы следующие инстру-
менты: 2 зеркала — верхнее (подъемник) и нижнее, 2 пары пуле-
вых щипцов или щипцов Мюзо, 2 корнцанга, маточный зонд,
набор металлических расширителей от № 4 до № 12, кюретки
разных размеров, зонд Плейфера для протирания полости матки
и окончатый абортцанг. После зондирования и расширения ка-
нала шейки матки в полость матки осторожно вводят кюретку
и скребущими движениями (только на себя) отделяют от стенок

матки плодное яйцо и все его элементы или остатки плодного яйца.

Кюретка — инструмент для выскабливания полости матки — изобретена русским врачом Буяльским в первой половине прошлого столетия. Вначале это была деревянная, в дальнейшем металлическая ложечка.

ПАЛЬЦЕВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И УДАЛЕНИЕ ОСТАТКОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Если при влагалищном исследовании оказывается, что шейный канал значительно укорочен или совсем сглажен и легко проходим для одного-двух пальцев, можно в особо экстренных случаях, соблюдая правила асептики и антисептики, пальцем удалить из полости матки остатки плодного яйца.

Для этого кисть руки вводят во влагалище и одним или двумя пальцами проникают за внутренний зев в полость матки, а другой рукой через брюшную стенку обхватывают дно матки и стараются как бы надеть матку на находящийся внутри нее палец (как надевают наперсток).



Рис. 312. Пальцевое удаление задержавшихся остатков плодного яйца.

В таком положении рука снаружи фиксирует матку, что дает возможность обследовать пальцем или пальцами стенки полости матки, отделить и удалить остатки плодного яйца (рис. 312).

Кажущаяся по описанию простой, эта операция, однако, не так легко выполняема. Вследствие сопротивления, которое создается при этом сильным напряжением брюшной стенки, пальцевое удаление остатков плодного яйца при выкидыше оказывается операцией очень болезненной и трудной. Прибегать к ней можно только при сильном кровотечении, если невозможно срочно вызвать врача или отправить больную в больницу.

ИСКУССТВЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ (DIRUPTIO VELAMENTORUM OVI)

Показаниями к этой операции могут быть слишком плотные оболочки плодного пузыря, не разрывающиеся самостоятельно даже после полного открытия наружного зева; плоский пузырь,

облегающий головку, замедляющий ее продвижение и вызывающий резкие боли при родах, а также многоводие и многоплодие.

Цель такой операции — уменьшить растяжение стенок матки и улучшить родовую деятельность.

Искусственный разрыв плодного пузыря в большинстве случаев производится одновременно с обычным влагалищным исследованием, при котором двумя пальцами — указательным и средним — стараются захватить наливающийся пузырь и в момент схватки его разрывают. Захватывать и разрывать пузырь нужно



Рис. 313. Искусственный разрыв плодного пузыря инструментом.



Рис. 314. Перинеотомия (А); эпизиотомия (Б).

со стороны заднего свода, где скопляются передние воды. При плотных оболочках или плоском пузыре последний разрывают коридангом или (рис. 313) браншей пулевых щипцов; инструмент осторожно вводят во влагалище по пальцу и под контролем последнего надрывают пузырь.

При многоводии пузырь следует рвать возможно выше обочу.

ПЕРИНЕОТОМИЯ И ЭПИЗИОТОМИЯ (PERINEOTOMIA ET EPISIOTOMIA)

Показаниями к этим операциям являются плохо растягивающаяся промежность, задерживающая прорезывание головки, необходимость быстро закончить роды в периоде изгнания (угрожающая внутриутробная асфиксия плода, кровотечение,

припадок эклампсии), намечающийся разрыв промежности и др. Иногда к перинеотомии прибегают при извлечении головки в щипцах.

Перинеотомия (perineotomia) — срединный разрез промежности (рис. 314) по так называемому промежностному шву. Разрез производится прямыми ножницами через все слои промежности на длину 2—2,5 см.

Эпизиотомия (episiotomia) — разрез сбоку с одной или с обеих сторон входа во влагалище. Разрезают кожу и часть пучков мышцы, сжимающей вход во влагалище; разрез делают при помощи прямых ножниц, введенных либо непосредственно между головкой плода и стенкой влагалища, либо по металлическому шпателью или желобчатому зонду на глубину 2 см.

При намечающемся центральном разрыве промежности делается срединный разрез от задней спайки влагалища до места наметившегося разрыва.

Операцию перинеотомии при родах широко применял профессор Д. О. Отт, крупнейший русский акушер-гинеколог, директор бывшего Полицейского института (ныне Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР) в Ленинграде. Отт считал, что перинеотомия расширяет путь для прохождения головки плода, предохраняет ткани тазового дна от разможнения и разрыва, ускоряет период изгнания и значительно ослабляет родовую травму плода. Вместе с тем рана с резаными краями лучше заживает после зашивания ее.

ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВОВ ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ (COLPO-PERINEORRHAPHIA)

Инструменты, необходимые для зашивания разрыва промежности: 4 зеркала (верхнее, нижнее и два боковых), 3 корнцанга, 3 пинцета, 1 ножницы изогнутые, 1 ножницы прямые, 4 кровоостанавливающих зажима, 2 иглодержателя, 3—4 иглы разных размеров, 1 металлический катетер, шовный материал (кетгут для глубоких швов и шелк для швов на кожу), 1 барабан со стерильными марлевыми тампонами и тупферами. Операция производится в положении, обычном для влагалищных операций. На наружных половых органах, если этого не было сделано перед родами (дорожные роды), сбривают волосы, влажными стерильными марлевыми тупферами обмывают наружные половые органы и затем, обсушив их сухим стерильным тупфером, протирают спиртом и смазывают иодом.

Если операцию производит одна акушерка, без помощников, пользоваться для обнажения раны влагалищными зеркалами нет возможности. В таком случае для обнажения раны акушерка вводит во влагалище указательный и средний палец левой руки, широко раздвигает их и таким путем обнажает рану, а правой рукой накладывает швы (рис. 315).

Если выделения из матки затрудняют операцию, можно вложить в глубину влагалища на время операции один большой

стерильный марлевый тампон; после операции тампон должен быть тотчас же удален (не забывать!).

При небольших разрывах промежности кетгутовые швы начинают накладывать с угла влагалищной раны. Наложив первый шов, его завязывают, затем, отступя на 1 см, накладывают другой шов, и так до конца разрыва слизистой оболочки влагалища.

Вкол и выкол иглой производят, отступя от края разрыва на 0,5—1 см; прошивая, захватывают иглой и глубокие ткани раны.

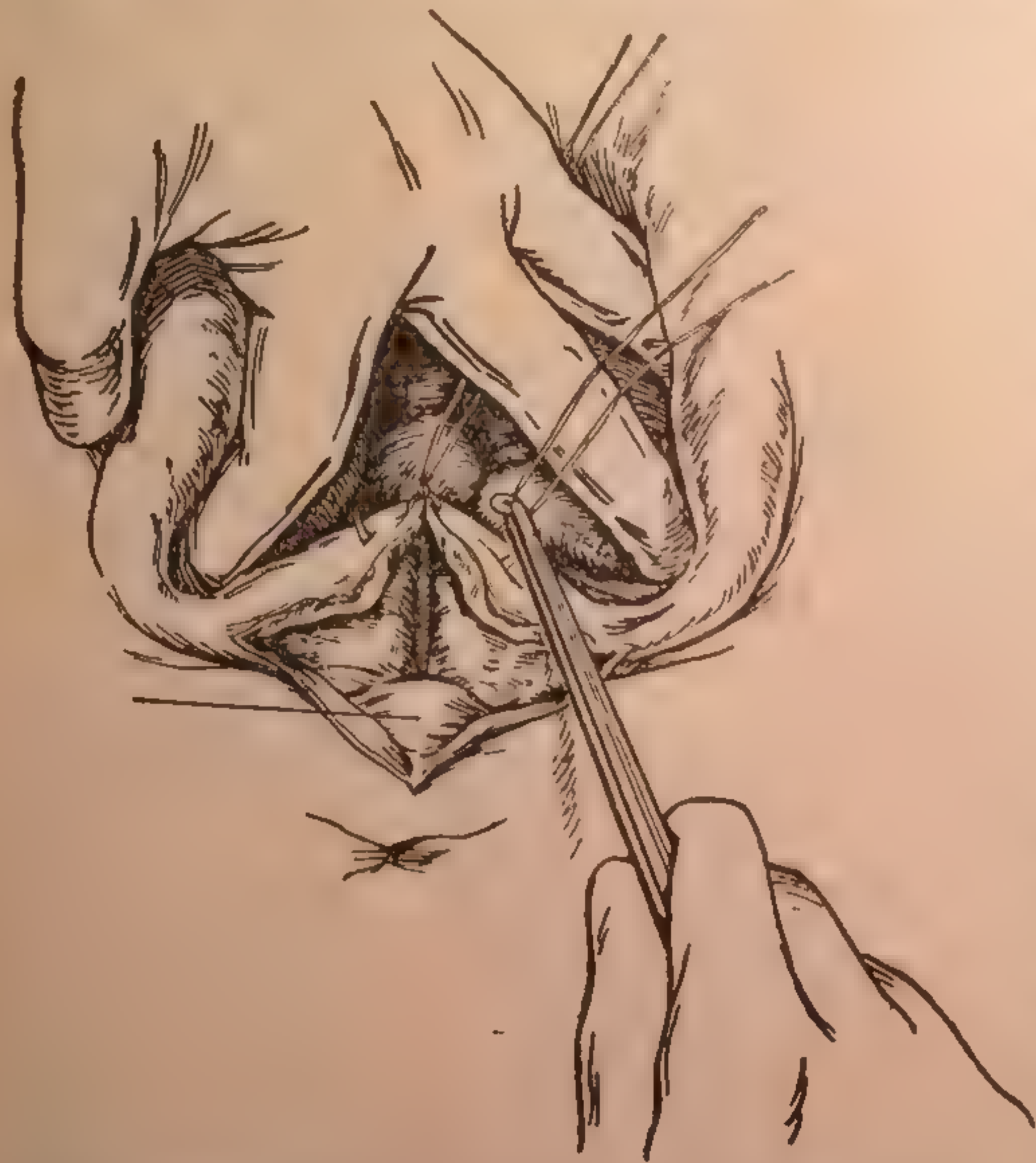


Рис. 315. Зашивание разрыва стенок влагалища. Раздвинув введенными пальцами вход во влагалище, обнажают рану в глубине влагалища и накладывают швы.

Погружными кетгутовыми швами соединяют раневые поверхности в глубине так, чтобы не осталось свободных пространств, где могли бы скопиться кровь и выделения. На кожу промежности накладывают отдельные шелковые лигатуры.

Как правило, разрыв промежности должен зашивать врач; только если не может быть вызван врач, разрешается эту операцию делать акушерке при разрывах промежности первой и второй степени. Зашивание разрывов промежности делают под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина.

Когда разрыв влагалища зашит, концы кетгутовых лигатур обрезают. Кожную рану промежности сшивают отдельными шелковыми швами (рис. 316). Концы шелковых лигатур обрезают, отступя примерно на 1 см от узла; зашитую рану смазывают иодом.

При разрывах промежности второй степени разрыв проникает глубоко во влагалище и очень часто расположен по обеим сторонам задней стенки влагалища; при этом бывают разорваны и мышцы промежности. При таких разрывах сначала зашивают влагалищную рану на одной стороне, потом на другой стороне.

Послеоперационный уход за швами на промежности. Тотчас же после операции на зашитую рану кладется сухая стерильная закладка из нескольких слоев марли; закладку необходимо часто (через каждые 3 часа) менять; если менять часто закладку нельзя, лучше совершенно отказаться от нее. При уборке родильницы со швами на промежности надо быть чрезвычайно осторожным и не тереть тупферами области швов; швы после обмывания бережно обсушивают сухой стерильной марлей. После мочеиспускания и дефекации необходимо дополнительно обмыть (не протирая тупферами) наружные половые органы и осторожно обсушить их стерильной марлей.

При нормальном течении послеродового периода швы снимают на 5—6-й день. Для снятия швов необходимы стерильные сухие ножницы прямые с острыми концами и два пинцета; снимать швы надо при хорошем освещении промежности. Накануне снятия швов родильнице дают слабительное. В день снятия швов родильница остается в постели; на следующий день, если все идет гладко, ей рекомендуется сразу начать осторожно ходить; сидячее положение вызывает большое напряжение промежности, что неблагоприятно при свежем рубце.

ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ

В родильном доме набор инструментов, необходимых для осмотра и зашивания разрыва шейки матки, находится в специальном стерилизаторе в готовом для использования виде; эта операция экстренная.

Необходимы следующие инструменты: 4 влагалищных зеркала: 2 зеркала боковые, 1 подъемник и 1 нижнее зеркало, 4—6 пулевых щипцов, 4 щипцов Мюзо, 6 кровоостанавливающих зажимов, 2 длинных пинцета, 4 обычных пинцета, 4 корнцанга, 1 ножницы изогнутые, 1 ножницы прямые, набор круто изогнутых игл, 2 длинных иглодержателя.

Кроме инструментов, в барабане должны быть 3 стерильных длинных (10—12 м) тампона с загнутыми краями, специально сложенных в три-четыре слоя, на случай, если понадобится тампонировать влагалище.

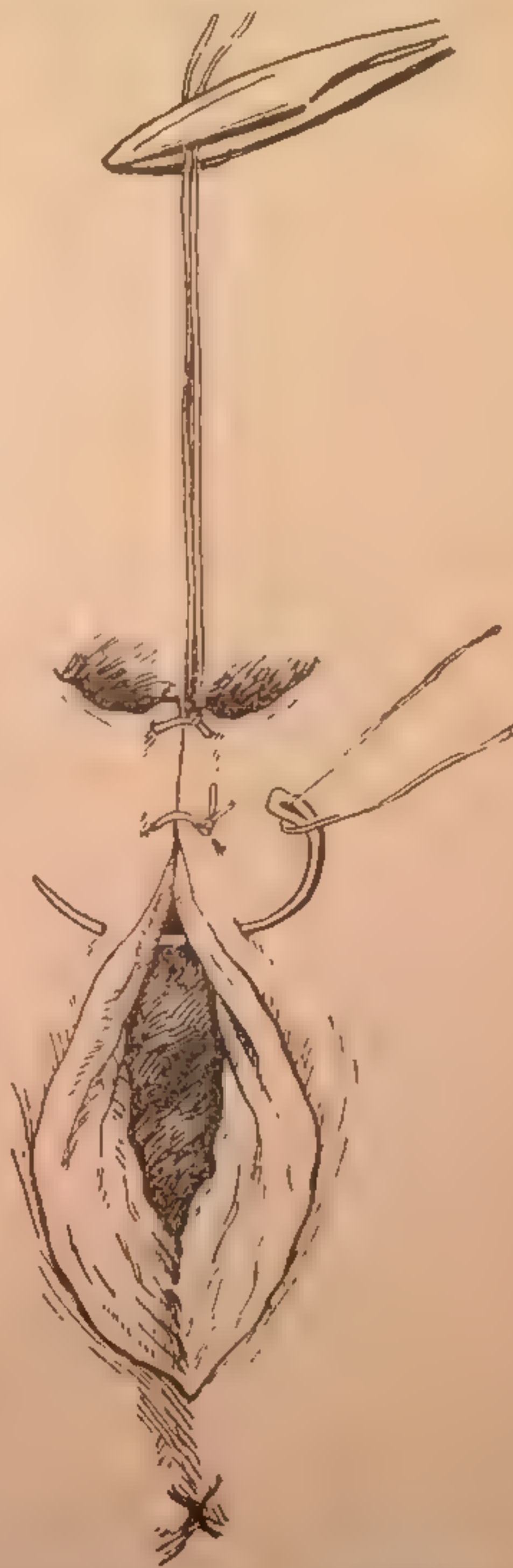


Рис. 316. Зашивание разрыва стенок влагалища и промежности. После зашивания разрыва влагалища накладывают отдельные шелковые швы на кожу.

Подготовка наружных половых органов и положение оперируемой — те же, что и при зашивании разрыва промежности. Для этой операции необходимы минимум один помощник, который удерживает зеркала, обнажающие разрыв шейки.

Техника зашивания разрыва шейки матки. После указанной выше дезинфекции наружных половых органов и соответствующей подготовки рук оперирующего вводят во влагалище нижнее зеркало, верхнее зеркало-подъемник и 2 боковых. Влагалище широко раскрывают зеркалами; края свисающей



Рис. 317. Осмотр шейки при помощи зеркал и наложение шва в пределах видимости разрыва.

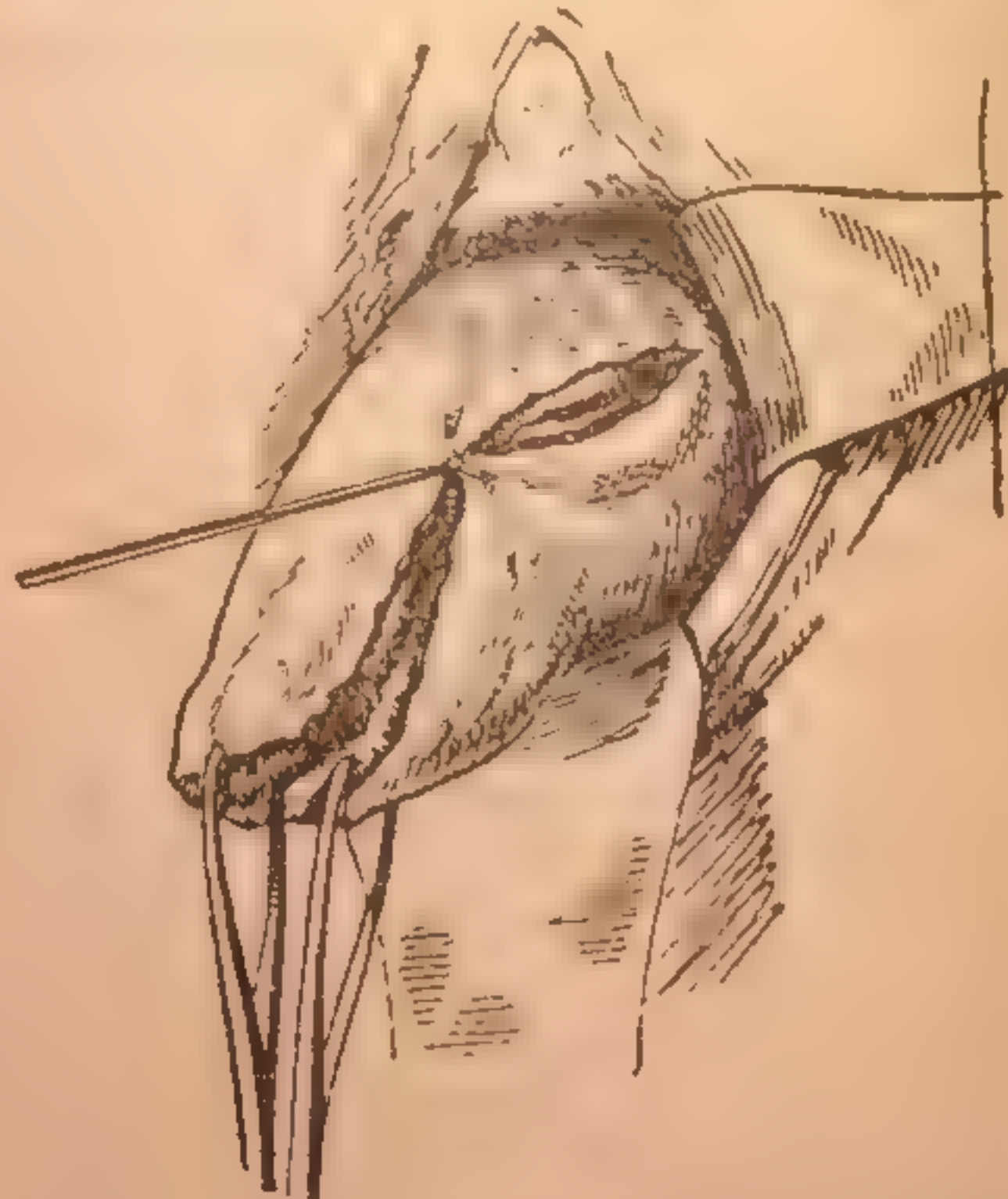


Рис. 318. Зашивание разрыва шейки матки. Первым швом пользуются как держалкой для низведения верхнего края разрыва.

шейки матки захватывают пулевыми щипцами, накладываемыми постепенно одни за другими, одновременно осторожно вытягивая шейку ближе ко входу во влагалище (рис. 317).

Прежде всего необходимо ориентироваться в направлении и глубине разрыва. При осмотре левостороннего разрыва следует пулевыми щипцами оттянуть шейку вправо, при правостороннем разрыве, наоборот, — влево.

Обнажив как можно больше разрыв шейки, накладывают первую лигатуру на самый угол разрыва и завязывают ее; этим одним швом удастся, как правило, остановить кровотечение. Дальше операция сводится к соединению отдельными швами краев разрыва шейки по всей его длине.

Не всегда, однако, удастся вытянуть шейку настолько, чтобы сразу обнажить угол разрыва. Чтобы не терять драгоценного времени, надо наложить первую лигатуру на разрыв в пределах его видимости (рис. 317), лигатуру завязывают, а оба конца ее берут в зажим, которым подтягивают за эту лигатуру шейку книзу, что позволяет обнажить угол разрыва и наложить на него

основную лигатуру (рис. 318). Концы лигатур завязанных швов обрезают на расстоянии 1 см от узла и линию разрыва смазывают иодом.

ТАМПОНАЦИЯ ВЛАГАЛИЩА

Если обстановка и условия не позволяют немедленно зашить разрыв шейки матки или разрыв слизистой влагалища, необходимо

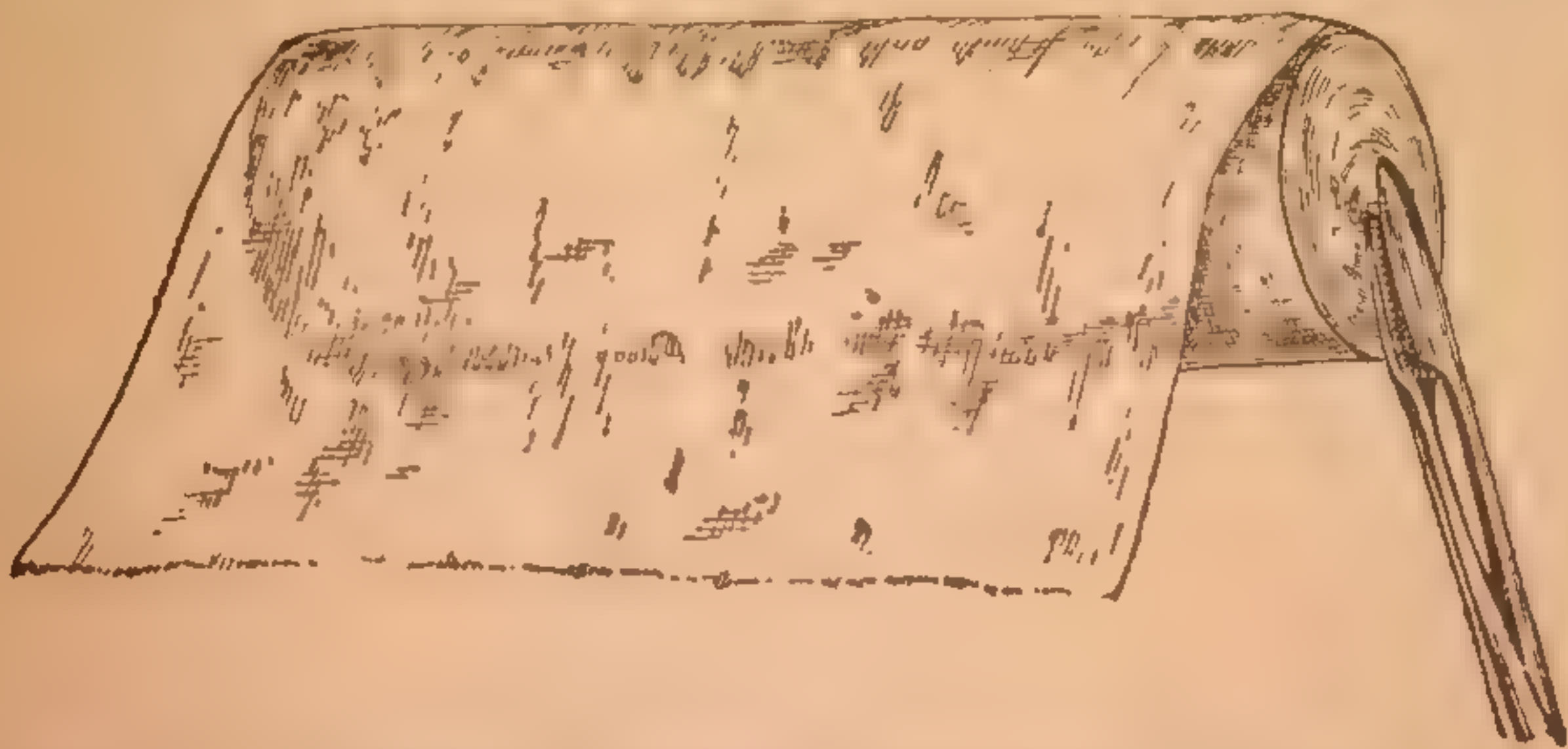


Рис. 319. Тампонация матки и влагалища. Широкий бинт захвачен корнцангом так, что вращением корнцанга в одну сторону бинт постепенно разматывается.

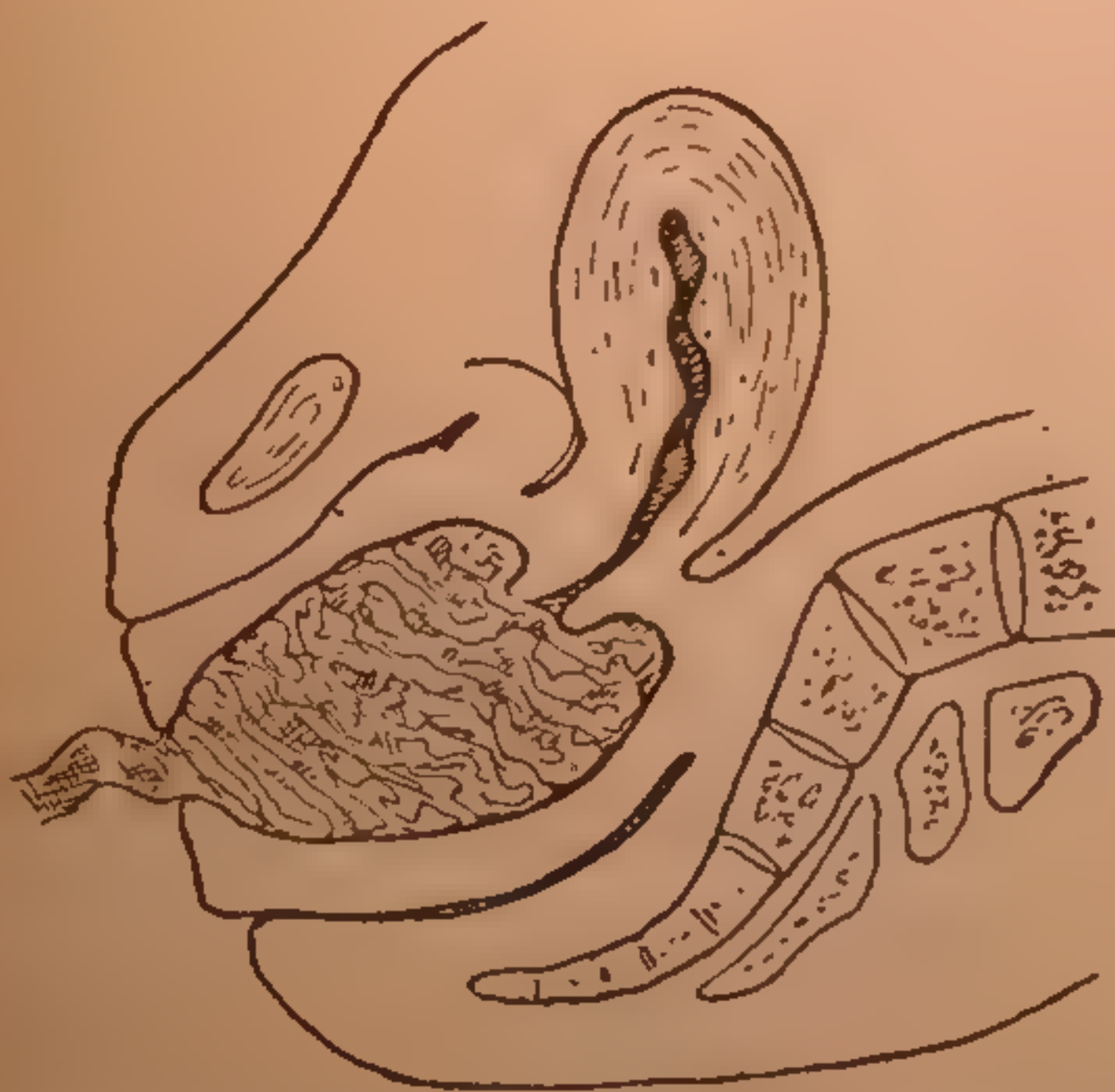


Рис. 320. Тампонация влагалища.



Рис. 321. Тампонация матки рукой.

для остановки кровотечения произвести тугую тампонацию сводов и всего влагалища.

Для тампонации необходимы: 2—3 длинных стерильных марлевых трехслойных тампона шириной в ладонь, 4 пулевых щипцов, 2 корнцанга и 4 зеркала.

Обнажив шейку при помощи зеркал, закладывают корнцангом тампон отдельными слоями (рис. 320) сначала в свод на стороне разрыва; заложив несколько слоев, переходят на задний свод, затем на другой боковой свод, затем на передний свод и потом повторяют все в том же порядке, как можно туже накладывая слой на слой.

Выполнив марлей все влагалище, накладывают на наружные половые органы повязку из полотенца, привязав ее к сделанному из простыни тугому поясу, который через брюшную стенку придавливает матку к влагалищному тампону. Получается, таким

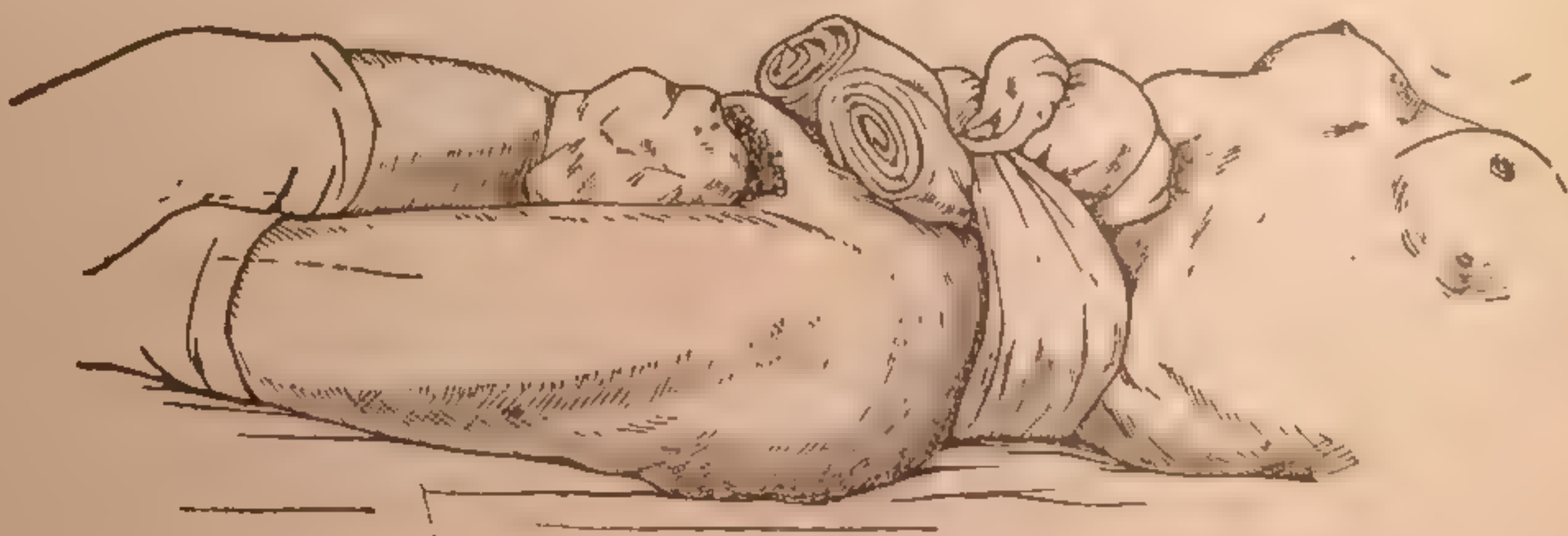


Рис. 322. Тампонация матки и влагалища. После того как влагалище затампонировано, накладывают давящую повязку при помощи завязанного вокруг талии полотенца, под которое подложена скатанная простыня. Между ногами стерильная прокладка, и ноги перекрещены.

образом, Т-образная повязка, плотно прижимающая влагалищный тампон, или поступают так, как указано на рис. 322; с этим тампоном оставляют женщину до прибытия врача, непрерывно продолжая наблюдение за ней (общее состояние, пульс).

ТАМПОНАЦИЯ МАТКИ

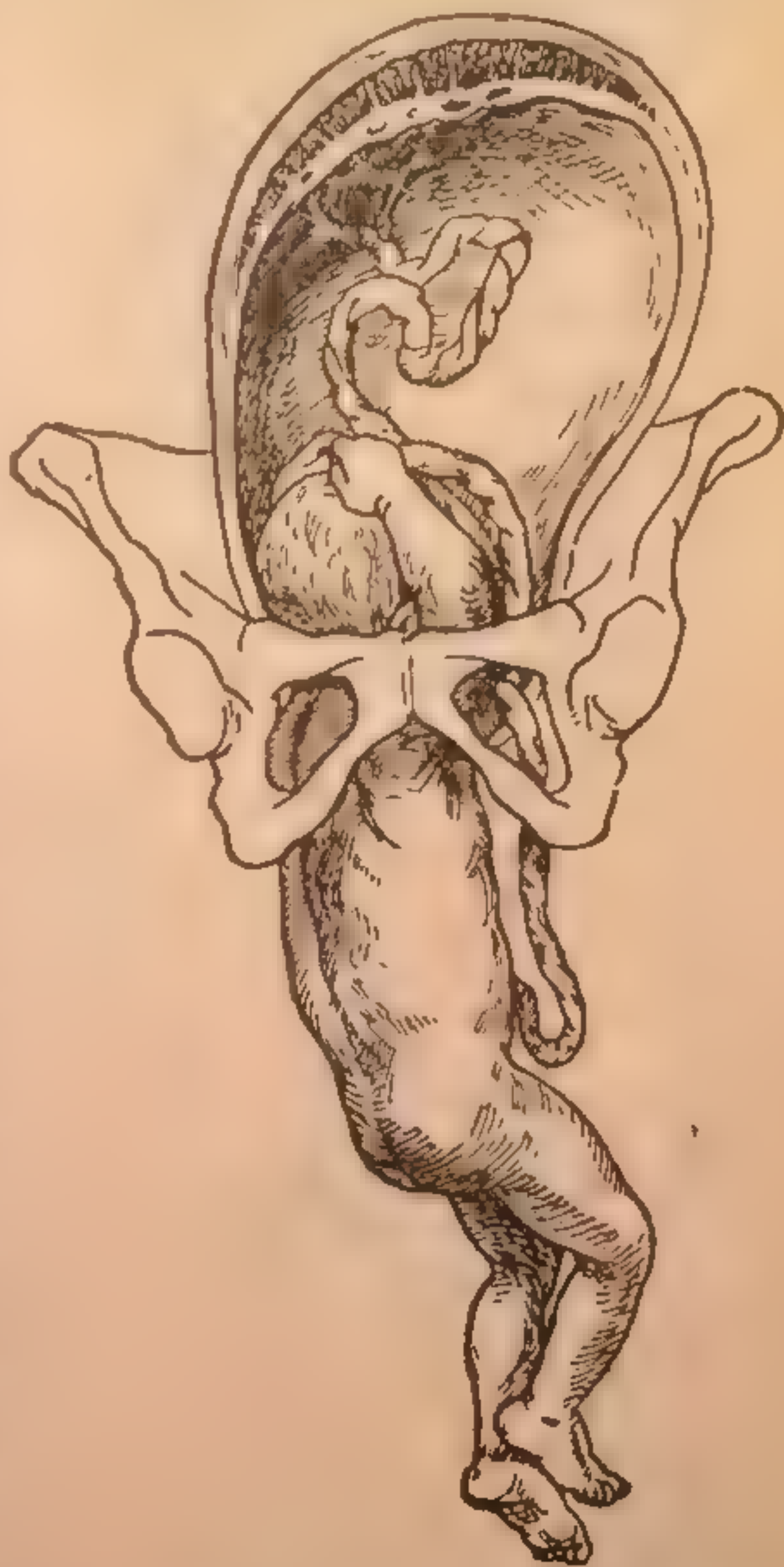
При атоническом кровотечении, когда исчерпаны приведенные выше (стр. 448) мероприятия и на месте невозможно произвести чревосечение, в качестве последней меры пользуются тугой тампонацией полости матки.

Для этого применяют такой же тампон, как и при тампонации влагалища, но он должен быть не короче 10—12 м. После тугой тампонации матки туго тампонируют и влагалище (см. выше).

Чтобы правильно затампонировать полость матки и не оставить свободных пространств, лучше всего тампон вводить рукой с соблюдением строжайших мер асептики и антисептики (рис. 321). После введения тампона производят переливание крови. Тампон оставляют в матке на 6—8 часов; за это время прибывший врач может принять соответствующее решение.

НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПРИ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Техника наружного поворота плода на головку разработана и предложена Архангельским и Трубковичем. Правильная техника этого вмешательства, по данным упомянутых авторов, позволяет значительно снизить мертворождаемость. Наружный поворот (производит врач) возможен только в тех случаях, когда точно установлен диагноз тазового предлежания (стр. 395). И при этом условии наружный поворот следует делать только при нормальном тазе, при относительно хорошей подвижности плода, при податливой брюшной стенке, при нормальной матке, если нет пороков развития ее (седлообразная, однорогая и др.), если не было ранее операций, после которых мог остаться рубец в стенке матки или спайки вокруг нее, если в течение беременности нет и не было кровотечения, если нет многоводия и многоплодия, нет проявлений поздних токсикозов беременности, нет в анамнезе указаний на самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды. Наружный поворот, даже удавшийся, не всегда является стойким; поэтому при тазовых предлежаниях его надо делать не ранее 35—36-й недели беременности и только в стационарных условиях.



Техника наружного поворота.

Перед операцией должен быть очищен кишечник и опорожнен мочевой пузырь. Беременная, раздетая донага, лежит на спине на твердой кушетке. Врач становится, а иногда (удобнее) садится сбоку, справа от беременной. Нашупав ягодицы и головку, хорошо ориентируясь в положении плода, он производит чрезвычайно бережно поворот — ягодицы отодвигает в сторону спинки и кверху, а головку — в сторону брюшной стенки плода и книзу. Никакого насилия при производстве наружного поворота не должно быть.

Рис. 323. Запрокинувшиеся ручки.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ПРИ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (EXTRACTIO FOETUS CLUNIS PRAEVIUS)

К извлечению чаще всего приходится прибегать при начинающейся внутриутробной асфиксии плода. Как правило, все должно быть заранее приготовлено для оживления ребенка. Роженице

впрыскивают под кожу 1 мл сернокислого атропина (1:1 000). Как указывалось выше, младенца берут за ягодицы (рис. 260) и чрезвычайно осторожно производят тракцию вниз, пока не покажется нижний угол лопатки (рис. 261). При таком форсированном извлечении часто запрокидываются ручки (рис. 323) и их приходится искусственно освобождать. Для этого одной рукой захватывают младенца за концы ножек и приподнимают вверх и в сторону; указательным и средним пальцем другой руки за-

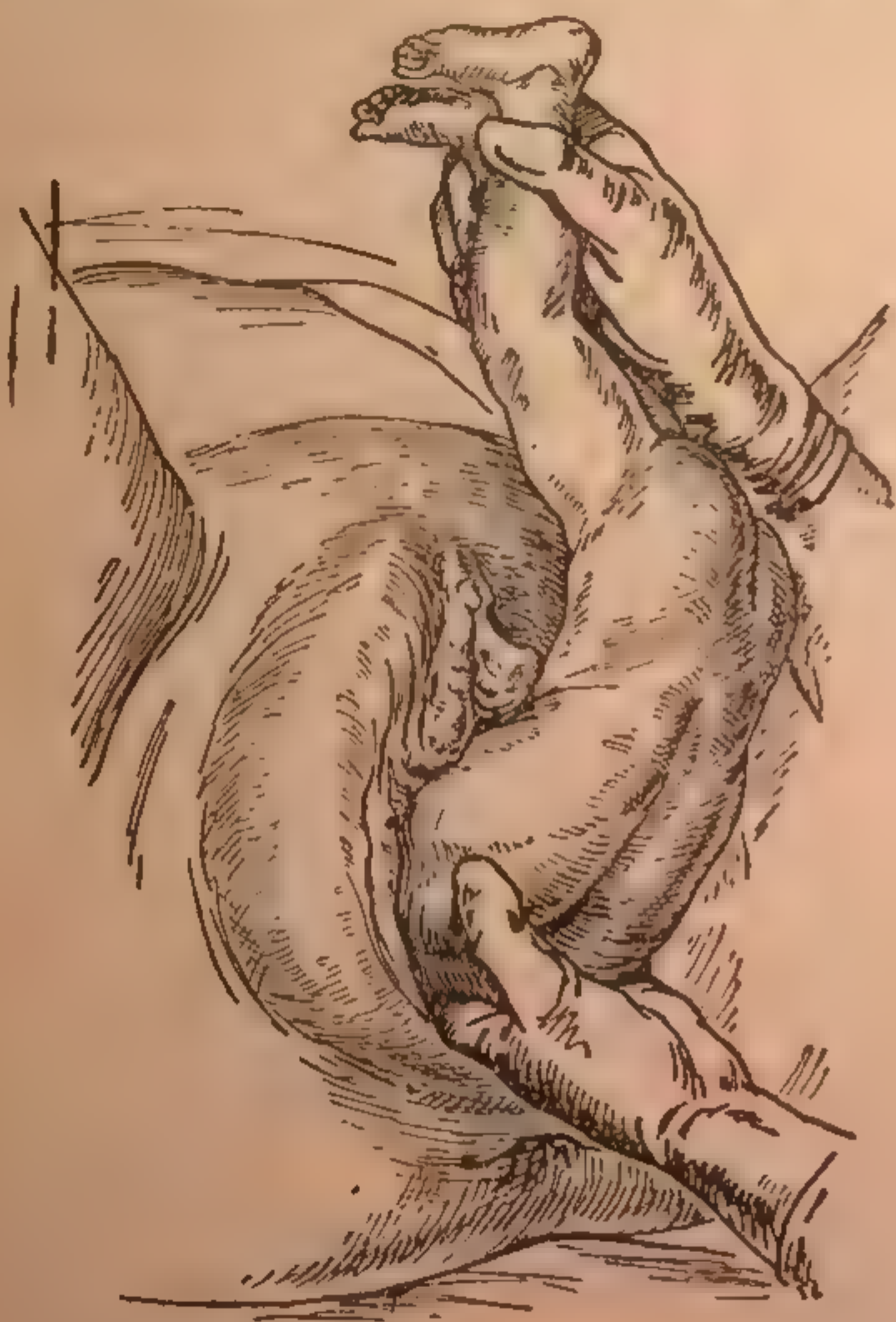


Рис. 324. Освобождение запрокинувшейся ручки. Первый момент.



Рис. 325. Освобождение запрокинувшейся ручки. Второй момент.

ходят по задней стенке влагалища со стороны спинки, идут по плечу и, достигнув локтевого сгиба, осторожно проводят предплечьем по лицу младенца (умывают личико). После этого ножки перехватывают в другую руку и одновременно поворачивают туловище в сторону животика так, чтобы плечо, бывшее до этого под симфизом, оказалось внизу, и тогда со стороны промежности таким же способом освобождают вторую запрокинутую ручку (рис. 324 и 325).

Как правило, запрокинувшиеся ручки освобождают всегда со стороны промежности, где это легче сделать. Попытка освободить ручку со стороны лонного сочленения может повести к перелому плеча или предплечья. После освобождения ручек приступают к извлечению головки указанным выше способом (стр. 405).

Иногда, несмотря на своевременное введение под кожу сер-
нистого атропина, все же при быстром извлечении туловища
ным зевом шейки матки. В подобных случаях не следует торо-
питься, надо (если это возможно) немедленно дать роженице
спазм наружного зева, и после этого приступать к извлечению
головки. Такое выжидание может
длиться 3—4 минуты, редко боль-
ше. Понятно, жизнь плода в та-
ких случаях находится в большой
опасности. Но едва ли будет ра-
зумно, если акушерка в условиях
работы на участке приступит к
форсированному извлечению го-
ловки; в этих случаях возникнет
еще новая опасность — получится
разрыв шейки матки, что может
вызвать сильное кровотечение.

Поэтому для предупреждения
спазма рекомендуется ручное из-
влечение плода проводить под
наркозом.

Если обнаружится при извле-
чении плода, что плод мертв, во
избежание излишней травмы ро-
довых путей не следует в трудных
случаях освобождать головку.
При мертвом плоде производят
перфорацию последующей головки,
после чего объем ее значительно уменьшается и ее легко извлечь.

Перфорацию может делать только врач. Поэтому, если в ус-
ловиях самостоятельной работы акушерки встретился бы спазм
шейки при крупной головке, то не следует для ее выведения
применять большую силу, а необходимо вызвать врача.



Рис. 326. Извлечение плода за
паховый сгиб.

Извлечение плода за паховый сгиб

Если показания со стороны матери (например, преждевремен-
ная отслойка детского места) и со стороны плода (признаки
внутриутробной асфиксии) появляются раньше, чем прорежется
нижняя часть туловища, при наличии полного открытия наруж-
ного зева приходится (врачу) прибегать к извлечению плода за
паховый сгиб. Операция эта тем труднее, чем выше в тазу на-
ходятся ягодицы.

Техника извлечения за паховый сгиб. Роженица лежит на по-
перечной кровати. После соответствующей дезинфекции наруж-
ных половых органов и рук оперирующего разводят левой рукой

половые губы, а правой рукой входят во влагалище. Проникнув указательным пальцем в паховый сгиб младенца, осторожно производят извлечение его по направлению оси таза (рис. 326).

Необходимо, чтобы палец лежал на паховом сгибе, а не давил на последний своим концом.

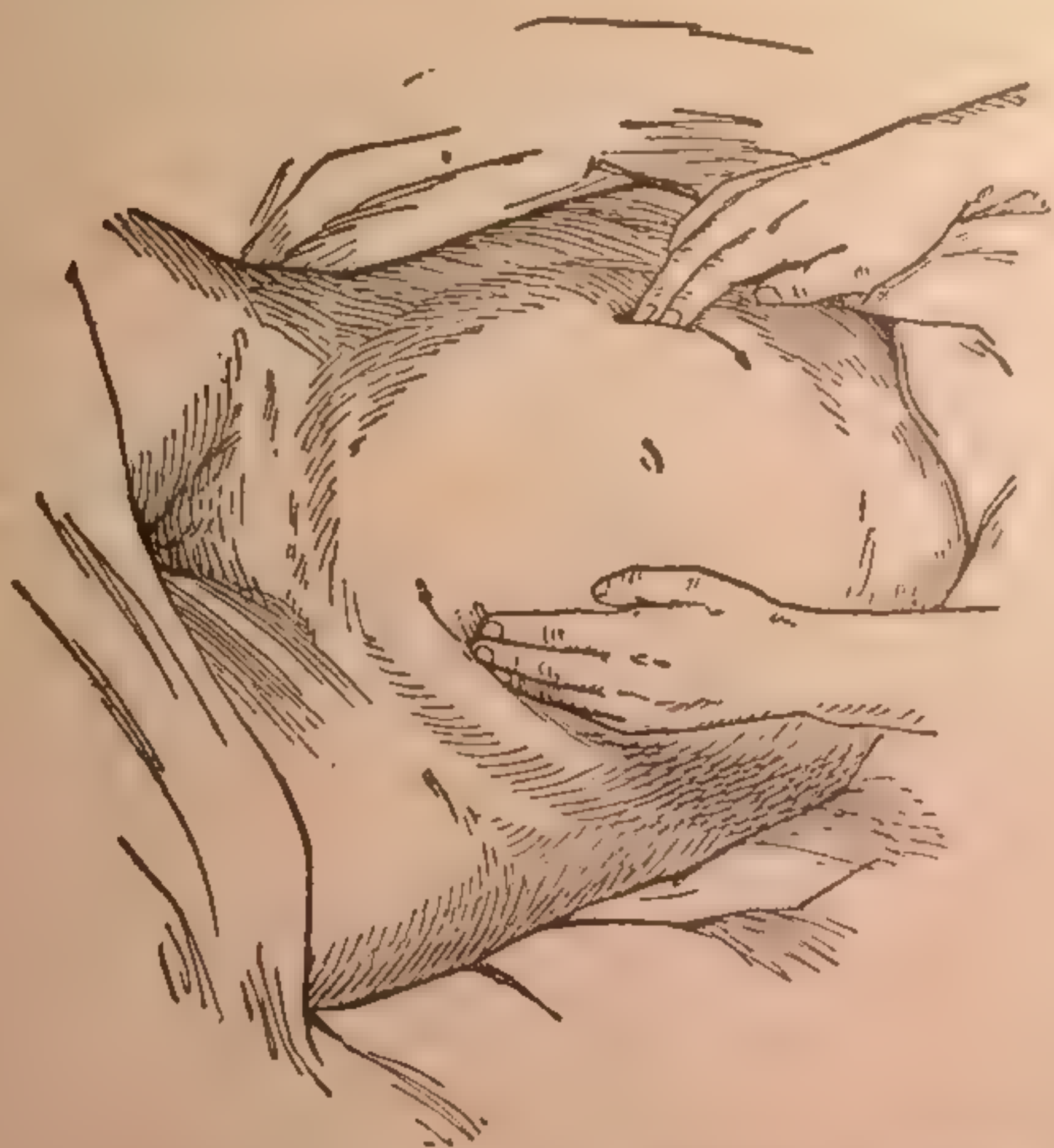


Рис. 327. Поворот наружными приемами при поперечном положении плода.

Наложение крючка и тесьмы может делать только врач.

НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА

При подвижности плода в случаях поперечного положения иногда наружными приемами удастся очень легко перевести плод в продольное положение (рис. 327). Обычно поперечное положение переводится в продольное головное; при косых положениях плода практически подводят ко входу ту часть, которая к нему ближе.

Наружный поворот следует производить лишь на последнем месяце беременности, так как в более ранние сроки повернутый плод легко возвращается в первоначальное положение.

Наружный поворот необходимо производить в стационаре, осторожно, без применения какого-либо насилия, при ненапряженной матке, без наркоза. Мочевой пузырь и кишечник должны быть предварительно опорожнены. Поворот должен быть безболезненным; при появлении болевых ощущений его необходимо прекратить. Если подозревается низкое прикрепление или предлежание плаценты (стр. 432), наружный поворот делать нельзя.

Условиями, необходимыми для операции наружного поворота, являются срок беременности не меньше 35—36 недель, живой

Ягодицы выводят настолько, чтобы можно было другой пах захватить пальцем другой руки.

Подобное вмешательство удастся, если ягодицы находятся низко в тазу. Если же ягодицы находятся высоко в полости таза или если они еще во входе, достигнуть пальцем пахового сгиба невозможно. В таких случаях пользуются иногда металлическим крючком или марлевой тесьмой, которую проводят через паховый сгиб. За концы тесьмы производят извлечение плода.

плод, точный диагноз положения плода, подвижность плода в матке, согласие беременной, которой надо объяснить цель операции. Противопоказания к операции наружного профилактического поворота при поперечном положении в общем те же, что и для наружного поворота при ягодичном предлежании (стр. 505).

Если не удастся произвести наружный поворот, прекращают всякие манипуляции и оставляют беременную или роженицу в покое, чтобы не вызвать преждевременного отхождения околоплодных вод. Необходимо как можно дольше сохранить целостность плодного пузыря — на это должно быть обращено все внимание и к этому должны быть направлены все старания акушерки. При поперечном и косом положении это особенно важно, так как здесь совершенно отсутствует разделение вод на передние и задние, вследствие чего плодный пузырь может прорваться раньше, чем наружный зев шейки достаточно раскроется.

Техника производства наружного поворота. Беременная, раздевая донага, лежит на спине на кушетке. Производящий поворот становится сбоку; определяет, где находится головка и ягодицы плода. Ладонью одной руки обхватывает головку и старается свести ее книзу, а другой — в противоположном направлении отодвигает ягодицы кверху (рис. 327). Этот прием приходится осторожно повторять несколько раз — до тех пор, пока плод не примет продольного головного положения. Иногда, особенно у многорожавших, этого легко достигнуть.

Поворот не следует форсировать.

Как правило, необходимо прослушивать сердцебиение плода до, во время и после поворота. При возвращении положения плода в поперечное допустим лишь однократный повторный поворот. После повторного поворота рекомендуется по бокам матки поместить два валика и их прибинтовать.

При начавшейся родовой деятельности, если положение плода косое, рекомендуется положить роженицу на тот бок, внизу которого находится крупная часть плода.

Если описанными бережно проведенными приемами изменить положение плода не удастся (напряжению стенок живота и матки), роды предоставляют самостоятельному течению и в конце периода раскрытия внутренним поворотом, который в акушерстве известен под названием операции поворота плода на ножку, изменяют поперечное положение на продольное.

ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ (VERSIO FOETUS IN PEDEM)

Необходимым условием для производства операции поворота плода на ножку является достаточное открытие зева (полное или почти полное) — настолько, чтобы можно было свободно пройти рукой до дна матки, легко совершить перемещение плода и в случае необходимости вслед за поворотом произвести извлечение плода.

Вторым необходимым условием для производства этой операции является достаточная подвижность плода в матке. Это бывает при целых водах и в течение сравнительно короткого времени после их отхождения.

При целых водах следует выжидать с поворотом до тех пор, пока зев достаточно раскроется. Учитывая продолжительность родов, частоту и характер схваток, акушерка может и по данным наружного исследования приблизительно определить степень раскрытия зева (стр. 180), однако лучше для этой цели бережно произвести влагалищное исследование.



Рис. 328. Рука введена в матку. Вторая рука располагается снаружи на дне матки и помогает произвести поворот.

Операция поворота плода на ножку была разработана в XVI веке знаменитым врачом Амбруазом Паре, которому принадлежит заслуга восстановления этой операции, дошедшей к нам из глубокой древности, — еще со времени XI века.

Техника операции поворота плода на ножку в тех случаях, когда имеются налицо оба необходимых условия (полное или почти полное открытие зева, целые или только что отошедшие воды), сводится к следующему.

Наружным исследованием предварительно точно определяют позицию поперечного положения. Тщательно продезинфицировав наружные половые органы роженицы (бритье и основательное мытье) и вымыв руки выше локтей, как для большой хирургической операции, кисть со сложенными конусообразно пальцами в промежутке между схватками бережно вводят во влагалище и по задней стенке влагалища, надавливая слегка предплечьем на промежность, доходят до шейки.

Если воды целы и открытие зева полное или почти полное, разрывают плодный пузырь и входят рукой в полость плодного

яйца (рис. 328). Это необходимо делать быстро, чтобы как можно меньше вытекло околоплодных вод и, таким образом, сохранилась большая подвижность плода в матке. Кроме того, быстро вводя руку, мы предупреждаем возможность выпадения мелких частей.

Может, однако, случиться, что, пока акушерка или врач мыли руки и готовились к операции, воды прошли и вместе с ними была увлечена во влагалище ручка или петля пуповины. Выпавшую ручку при поперечном положении плода никогда не следует вправлять, при повороте туловища она сама отойдет вверх. Выпавшую петлю пуповины следует очень бережно захватить с собой при введении руки в полость матки, оставить



Рис. 329. Ножка захвачена и изводится. Рука снаружи отодвигает головку кверху ко дну матки.

в матке и производить поворот, как обычно. Ввести пуповину в матку необходимо во избежание прижатия ее к стенкам таза после поворота плода.



Рис. 330. Правильное захватывание стопы при выведении ножки.

Когда рука введена во влагалище, другую руку, раскрывавшую снаружи половую щель, помещают вначале на дно матки (рис. 328) и удерживают ею последнюю, а позднее наружной рукой помогают при производстве поворота (рис. 329). Рукой, введенной в полость матки, отыскивают и захватывают ножку плода. Прежде всего нужно, чтобы это была обязательно ножка, притом по возможности та, которая в данном случае выгоднее для производства поворота. Первое условие является непереносимым, второе — желательным. Чтобы по ошибке не захватить вместо ножки ручку, нужно, не торопясь, идти по туловищу плода до ягодиц, затем опуститься по бедру и голени и захватить стопу.

При захватывании стопы средний палец располагается на передней поверхности голени, вернее, на подъеме стопы, указательный — на задней поверхности голени над пяточным бугром, а большим пальцем придерживают стопу (рис. 330). Другая рука, находящаяся снаружи, располагается в том же месте, соответственно внутренней, помогая

захватить ножку. Если при введении руки в полость матки сейчас же попалась ножка и акушерка в этом твердо уверена, то, разумеется, нет необходимости проделывать весь указанный путь.

Чтобы отличить ножку от ручки, нужно пользоваться опознавательными признаками, указанными на стр. 398.

Когда ножка захвачена, ее стараются низвести, а наружной рукой придвигают ягодицы книзу. Затем наружную руку перемещают на другую сторону и отодвигают головку кверху, к дну матки, а внутренней рукой низводят ножку вниз.

Если поворот совершается легко, то скоро внутренняя рука вместе с ножкой извлекается наружу. Не следует тотчас же отпускать ножку. То, что ножка показалась снаружи, не значит еще, что поворот окончательно совершился, а если он даже и совершился, то плод может снова принять поперечное положение и ножка уйдет обратно.

Необходимо выведенную из влагалища ступню низвести еще ниже, пока не выйдет из половой щели колено. Наружная рука в это время должна прощупать головку в дне матки. Теперь поворот совершился, и ножку можно оставить.

Некоторые рекомендуют надеть на ножку петлю из стерильной марли.

Роды при этом протекают по механизму ножного предлежания, и помощь акушерки должна быть соответствующая (стр. 398).

Если имеется полное открытие, следует после поворота приступить к извлечению плода.

Какую руку удобнее вводить в матку для производства поворота — правую или левую?

Этому вопросу старые акушеры придавали большое значение. Считалось, что при поперечном положении лучше вводить в матку руку, противоположную с той стороной, куда обращена головка плода. Например, при первой позиции лучше вводить в матку левую руку. Однако этого правила обычно не придерживаются и вводят руку, какой больше привыкли работать, обычно правую, а левши — левую. По существу при повороте на ножку обе руки — и наружная, и внутренняя — выполняют одинаково важную работу.

Какую ножку выгоднее захватить при повороте?

На этот вопрос можно дать ответ путем правильного рассуждения и понимания разницы в результате поворота за ту или другую ножку. Помимо того, что важно произвести самый поворот, необходимо думать и о дальнейшем механизме рождения плода. При прорезывании ягодиц обращают внимание на то, куда обращена спинка плода, т. е. какой мы имеем вид. Как правило, должен быть передний вид, если же имеется задний вид, его переводят в передний. Это необходимо для благополучного прохождения последующей головки (стр. 408). К получению переднего вида стремятся и при производстве поворота на ножку. В этом и есть преимущество захватывания той или другой ножки при разных видах. Если, например, при переднем виде поперечного положения захватить вышележащую ножку, допустим, при первой позиции левую ножку, то при низведении ее во влагалище и далее плод вращается животиком кверху, т. е. создается задний вид; в дальнейшем необходимо этот задний вид переводить в передний. Если же в данном случае захватить нижележащую ножку — правую, то при низведении и повороте сразу получается передний вид. Поэтому при переднем виде удобнее захватывать и низводить нижележащую ножку, а при

заднем — вышележащую¹. Некоторые акушеры называют ту ножку, при которой получается передний вид, «хорошей», а при которой получается задний вид — «плохой».

На практике это не всегда удается и обычно довольствуются той ножкой, которую легче и быстрее можно достигнуть.

Может случиться, что, захватив одну ножку и пытаясь произвести поворот, его не удастся совершить. Тогда рекомендуется одновременно захватить вторую ножку и делать поворот на «ножки». Такой поворот происходит иногда легче, чем на одну ножку.

В больничной обстановке операцию поворота плода на ножку делают под наркозом. У повторнородящих и при недоношенной беременности можно быстро сделать поворот и без наркоза. Так как при работе акушерки на участке наркоз проводить некому, она вынуждена производить (при невозможности срочно вызвать врача) операцию поворота на ножку без наркоза.

В момент проведения руки через зев в полость матки, особенно у первородящих, может случиться, даже и под наркозом, что кольцевые мышцы шейки сократятся и получится то, что называют «спазмом» шейки матки. Такой спазм крепко, точно тугой браслет, обхватывает введенную руку и сжимает ее. Нередко дело доходит до онемения концов пальцев руки. В таких случаях не следует освобождаться насильственно из этого тугого браслета — это только ухудшает положение. Нужно потерпеть, ввести роженице под кожу 1 мл 1 : 1 000 раствора сернокислого атропина и спокойно ожидать — спустя некоторое время спазм прекращается.

Все изложенное относится только к тем случаям, когда к моменту операции поворота имеется полное открытие зева, воды целы или только что прошли. Только в таких случаях, если невозможно срочно вызвать врача, акушерка может сама делать поворот. Не следует, однако, переоценивать свои знания и умение; делать эту операцию надо только при крайней необходимости.

К сожалению, нередко воды проходят значительно раньше, чем откроется полностью маточный зев. В таком случае (для акушерки) условия для производства поворота на ножку отсутствуют; такую роженицу акушерка должна немедленно переправить в больницу, в родильный дом.

ОПЕРАЦИЯ ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ПРИ НЕПОЛНОМ ОТКРЫТИИ ЗЕВА ШЕЙКИ МАТКИ

Оставить плод в поперечном положении при отошедших водах и наличии хорошей родовой деятельности опасно. Чем больше проходит времени с момента разрыва плодного пузыря, тем больше вытекает околоплодных вод, тем плотнее сокра-

¹ Чтобы яснее представить себе это, сделайте сами на себе следующее: улегшись боком на кровать, попросите кого-нибудь потянуть вас сначала за одну, а затем за другую ногу, и вы убедитесь в справедливости сказанного.

щающаяся матка обхватывает плод и тем меньше шансов на возможность сделать поворот. Не делать поворота в ожидании большого открытия — это значит заведомо идти на создание запущенного поперечного положения плода, угрожающего в дальнейшем роженице разрывом матки.

В подобных случаях при поперечном положении плода, как и при кровотечении вследствие предлежания детского места, врачу приходится прибегать к метрейризу (рис. 309). Если нет метрейринтера и нет условий для производства кесарева сечения, врач вынужден прибегнуть к операции — комбинированному повороту на ножку по методу Бракстона Гикса.



Рис. 331. Поворот при неполном открытии зева шейки матки.

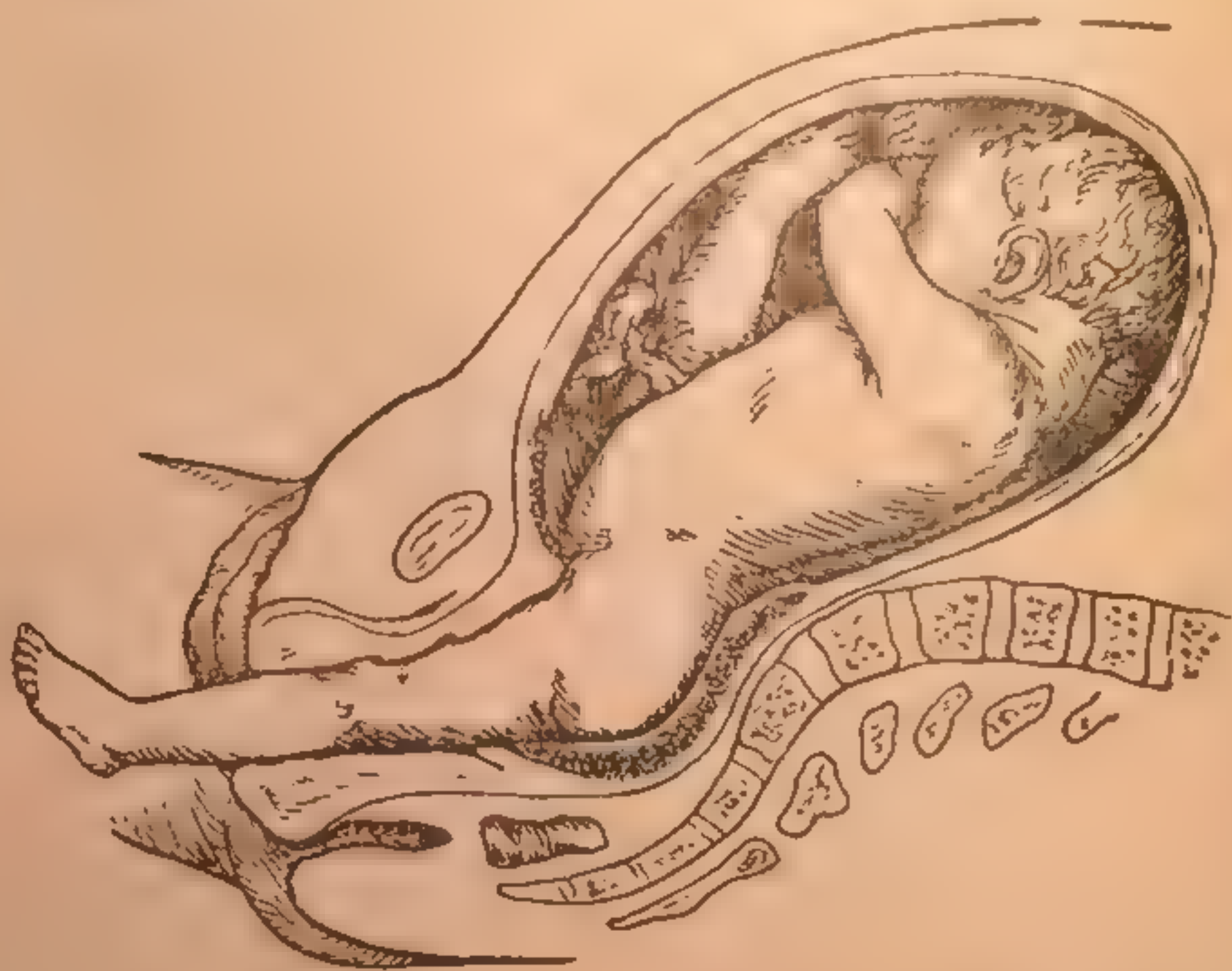


Рис. 332. После поворота и низведения ножек при неполном открытии; предлежащее детское место прижато ягодицей плода.

При только что отошедших водах и открытии зева не меньше чем на два пальца можно (врач!) изменить поперечное положение плода путем «комбинированного» поворота. Указанный поворот отличается от обычного тем, что при таком малом открытии можно ввести в матку только два пальца, и то лишь частично, если шейка неполностью сгладилась, а не всю руку, как при «классическом» повороте на ножку. Понятно, что двумя пальцами сделать поворот не удастся, если при этом другая рука, находящаяся снаружи, не окажет существенной помощи. Фактически поворот проделывает наружная рука, а пальцы внутренней руки захватывают одну из подведенных к ним ножек (рис. 331), проводят последнюю через зев, низводят ее во влагалище и таким образом переводят плод из поперечного положения в продольное (рис. 332).

Если к подобному повороту вынуждены прибегнуть при предлежании детского места вследствие сильного кровотечения, то введенными пальцами предварительно прорывают детское место и через сделанное отверстие проводят ножку.

Поворот по Бракстону Гиксу дает чрезвычайно большой процент внутриутробной асфиксии плода, внутричерепных кровоизлияний, мертворождений и ранней детской смертности. Этот поворот представляет опасность и для матери.

При живом плоде, как правило, следует от этой операции отказаться. При живом доношенном плоде в подобных случаях целесообразнее прибегнуть к введению метрейритера, а у некоторых рожениц (пожилая первородящая, выпадение пуповины) к кесареву сечению.

ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ ПЕТЛИ ПУПОВИНЫ

Вправление выпавшей петли пуповины имеет целью сохранить жизнь плода, поэтому и производится только при живом плоде.

К вправлению пуповины приходится прибегать главным образом в случаях выпадения ее при головных предлежаниях. При поперечных положениях, ножных и ягодичных предлежаниях, даже при раннем отхождении вод ущемление выпавшей пуповины бывает реже.

При поперечном положении плода производить только вправление пуповины не следует. При головном же предлежании, если зев проходим для руки и головка еще не вставилась во вход таза, выпавшую петлю пуповины продвигают рукой высоко вверх. Вправление легче удастся, если роженица находится в коленно-локтевом положении, а иногда на боку; после вправления пуповины роженицу осторожно переводят в боковое положение. Роженицу кладут на бок, противоположный стороне, на которой выпала пуповина, и оставляют в этом положении до конца периода изгнания.

В настоящее время пользуются преимущественно ручным вправлением петли выпавшей пуповины. Двумя пальцами (указательным и средним) осторожно берут пуповину и, не сжимая ее, вводят в полость матки за предлежащую часть, как можно выше, затем поворачивают женщину на бок, противоположный стороне выпавшей пуповины, и вынимают руку. После вправления проверяют сердцебиение плода.

Степень раскрытия маточного зева и положение предлежащей части плода в тазу — это те два обстоятельства, которые обуславливают поведение акушерки и врача при выпадении пуповины. Если, например, выпадение пуповины обнаружено при головке, находящейся в полости таза при полном открытии зева, роды заканчивают наложением щипцов (врач!).

Если головка в выходе таза и обнаруживается в этот момент выпавшая петля пуповины, можно произвести перинеотомию и попросить роженицу потужиться. Иногда этого оказывается до-

статочно; если же головка не родится, то накладывают выход-
ные щипцы.

При полном открытии маточного зева и только что отошед-
ших водах с выпадением пуповины, при головке, стоящей высоко
над входом, уместнее будет произвести поворот на ложку с по-
следующим извлечением плода.

При полном открытии маточного зева и ягодичном предлежа-
нии плода производят извлечение за ягодицы. Если извлечение
плода возможно произвести очень быстро и прижатие выпавшей



Рис. 333. Щип-
цы. Модель
Феноменова-
Симсона.



Рис. 334. Щипцы Лазаре-
вича.



пуповины будет очень кратковременным, то не следует вправлять
пуповину. Во всех остальных случаях надо предварительно
вправить выпавшую петлю или петли пуповины.

ЩИПЦЫ (FORCEPS)

Щипцы предназначены для извлечения плода за головку. Щипцы (рис. 333) состоят из двух половин, смыкающихся друг с другом при помощи замка. В каждой половине различают три части: верхнюю, или ложку, среднюю, или замок, и нижнюю, или рукоятку. В практической работе каждую половину называют ложкой. На одном конце ложки имеется овальное отверстие — окошко, а на другом — рукоятка. Окошко окаймлено ребрами,

закругляющимися кверху. Окошко имеет весьма существенное значение; оно облегчает и помогает проверить, правильно ли наложена ложка на головку плода.

Каждая ложка изогнута в двух направлениях. Одна кривизна соответствует кривизне проводного родового канала и называется тазовой кривизной; другая — назначена для захватывания головки плода так, чтобы не соскальзывать с нее; она носит название головной кривизны. На другом конце ложки имеется рукоятка; один край рукоятки (внутренний) — плоский, гладкий, другой (наружный) снабжен выступами (рис. 333). Внутренние края рукояток при смыкании ложек соприкасаются друг с другом, а выступы на наружных краях служат опорой для пальцев рук оператора.

Обе ложки имеют в середине замок, при помощи которого они замыкаются. Замок устроен таким образом, что на одной (левой) ложке имеется специальное углубление, в которое свободно входит другая (правая) ложка.

Щипцы не должны быть тяжелыми; обычно вес их не превышает 500 г.

Акушерские щипцы были изобретены в XVII столетии и оставались в течение десятков лет секретом семьи английских врачей Чемберлен. Секрет этот переходил от отца к сыну и дальше к внуку, и все они пытались продавать инструмент только за дорогую цену и то не целиком, а по частям.

Проф. А. Я. Крассовский описывает, что в 1670 г. один из этих врачей-шарлатанов приезжал в Париж и в надежде составить себе состояние распространил слух, что обладает секретом весьма скоро оканчивать трудные роды. Чемберлена пригласили к роженице, которая в течение недели не могла самостоятельно родить (у роженицы был узкий таз). Чемберлен выразил удивление, что врач, который проводит эти роды, не мог закончить их, и обещал в этом случае безусловно окончить роды не более как в несколько минут. Однако, проработав свыше 3 часов, он разорвал матку и должен был сознаться, что окончить роды он не в состоянии. После этого, разумеется, секрет не был куплен.

Спустя 20 лет Чемберлен все же продал голландскому врачу свой секрет за большие деньги и при этом обманул его: в дальнейшем выяснилось, что была продана только одна ложка, а не обе. Такова неприглядная первая страница истории акушерских щипцов.

Много содействовал распространению щипцов в России Н. М. Максимович-Амбодик.

С момента изобретения щипцов и до наших дней предложено было много различных моделей щипцов.

Особое место среди них занимают щипцы проф. И. П. Лазаревича (рис. 334). Их отличие состоит в том, что они не имеют тазовой кривизны и не сжимают головку.

Иван Павлович Лазаревич был профессором кафедры акушерства и гинекологии Харьковского университета с 1862 по 1902 г. Выдающийся ученый, который высоко поднял значение русской медицины, настойчиво отстаивал приоритет открытий русских ученых. Всю свою жизнь он посвятил созданию русской науки, русской школы. И. П. Лазаревич один из первых внедрял идею первизма в акушерскую клинику.

Наряду с подготовкой врачей, Лазаревич придавал большое значение подготовке опытных акушеров. По его инициативе был организован в 1869 г.

Повивальный институт в Харькове, готовивший акушеров для юга России Лазаревич написал капитальный учебник акушерства, сохранивший свою ценность и до сих пор.

В повседневной работе пользуются обычно двумя видами (наложения) щипцов в зависимости от местонахождения подлежащей части плода.

При головке, стоящей в выходе, применяют так называемые выходные щипцы (*forceps minor*) (рис. 335—338).

Если приходится накладывать щипцы на головку, находящуюся в полости, применяют так называемые полостные щипцы (*forceps media*) (рис. 339).

Если головка стоит у входа или во входе, применяют так называемые высокие щипцы (*forceps alta*).

Чем выше в тазу находится подлежащая часть плода, тем труднее наложение щипцов, тем труднее извлечение и тем больше риск и для матери, и для плода. В последние годы в Советском Союзе перестали применять высокие щипцы, так как эта операция почти всегда сопровождается большой травмой родовых путей матери и травмирует плод.

Показания к наложению щипцов могут быть либо со стороны матери, либо со стороны плода; и в том, и в другом случае показанием является необходимость быстрого родоразрешения.

Для применения щипцов требуются определенные условия. Необходимыми условиями для наложения щипцов являются 1) полное открытие наружного зева шейки матки (без этого условия накладывать щипцы нельзя), 2) отошедшие воды, 3) возможно низкое стояние головки плода в полости таза и 4) живой плод.

Подготовка инструментов к операции наложения щипцов. Для этой операции необходимы щипцы (модель в зависимости от местонахождения головки), ножницы, 2 кровоостанавливающих зажима, 2 корнцанга.

Пока инструменты кипятятся, необходимо приготовить все для оживления плода.

На всякий случай должен быть наготове весь инструментарий, необходимый для зашивания разрыва шейки матки, влагалища и промежности.

Операция наложения щипцов производится, как правило, под наркозом; только в особо экстренных случаях, при головке, стоящей в выходе таза, щипцы могут быть наложены и без наркоза.

Первый раз в России щипцы были применены Амбодиком в конце XVIII века.

Впервые под эфирным наркозом щипцы были наложены знаменитым русским хирургом Н. И. Пироговым в 1847 г.

Техника наложения выходных щипцов. Прежде всего проверяют щипцы, т. е. правильно ли акушерка их отобрала, одинако-

вы ли ложки и как они замыкаются. Затем производят вла-
галищное исследование и определяют точное положение головки
в данный момент — без этого нельзя накладывать щипцы.



Рис. 335. Введение левой ложки щипцов.

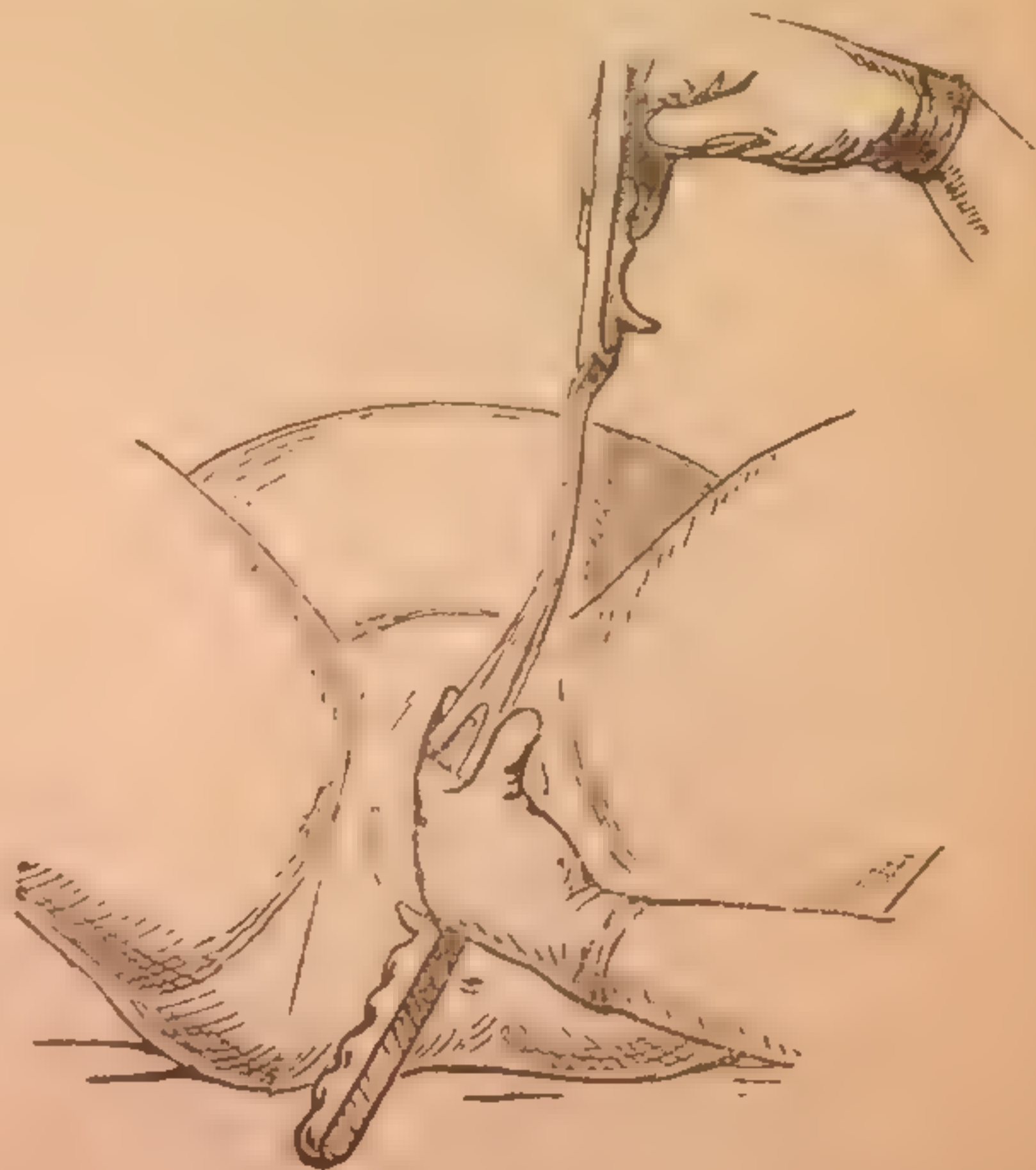


Рис. 336. Введение правой ложки щипцов.

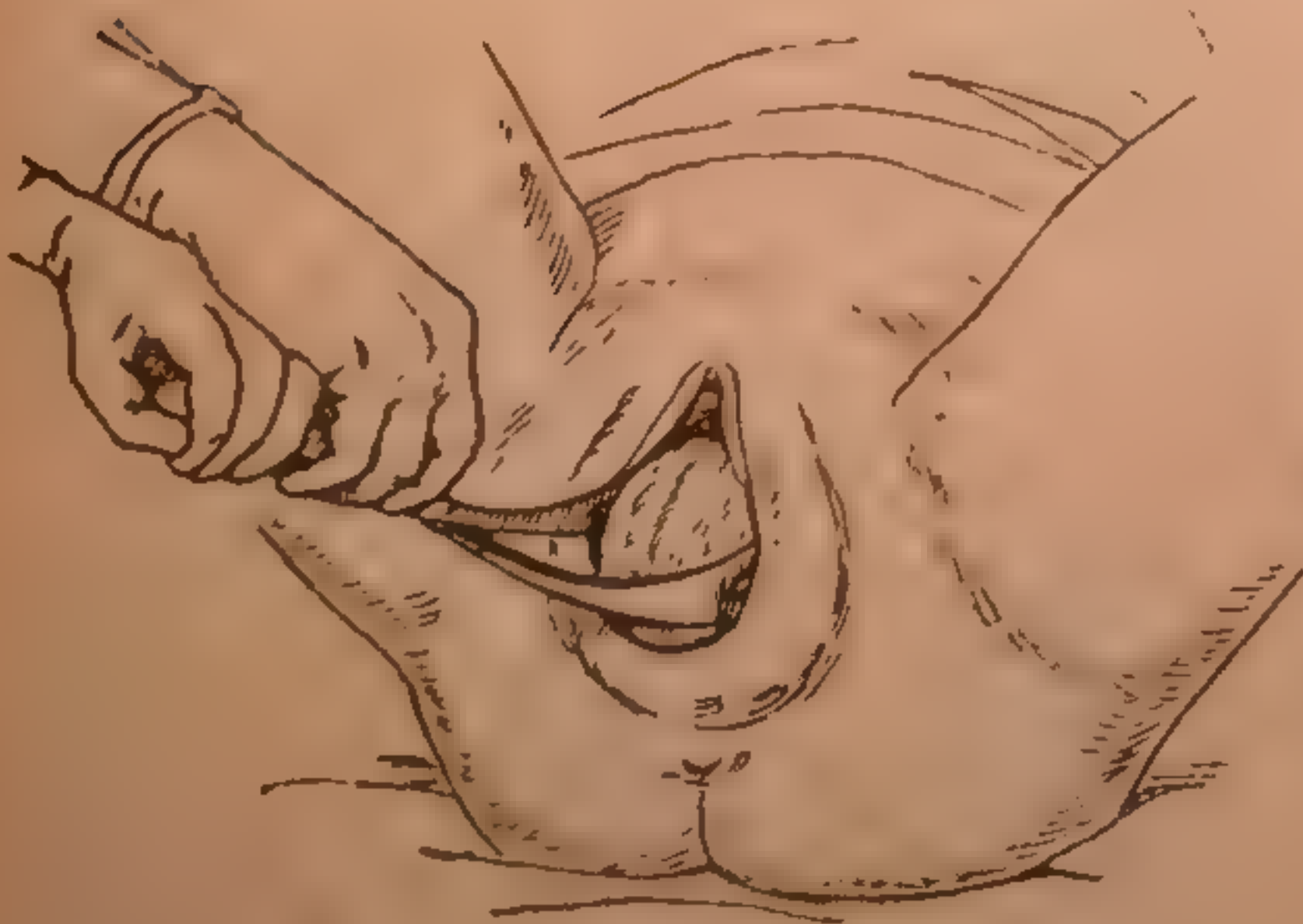


Рис. 337. Тракции головки в щипцах.



Рис. 338. Выведение головки в щипцах.

В левую руку берут за рукоятку левую ложку щипцов; рас-
полагают рукоятку параллельно правому паховому сгибу и,
опуская книзу рукоятку, вводят ложку в левую сторону влага-
лища, под контролем введенных во влагалище пальцев правой
руки (рис. 335). Вводить ложку нужно таким образом, чтобы

она легко скользила по боковой поверхности среднего пальца правой руки, причем отведенный большой палец этой руки направляет движение ложки; ложка должна лечь непременно на теменную сторону головки. Введенную ложку передают держать помощнику, а если помощника нет, то оставляют так. Затем в правую руку берут правую ложку и под контролем левой руки

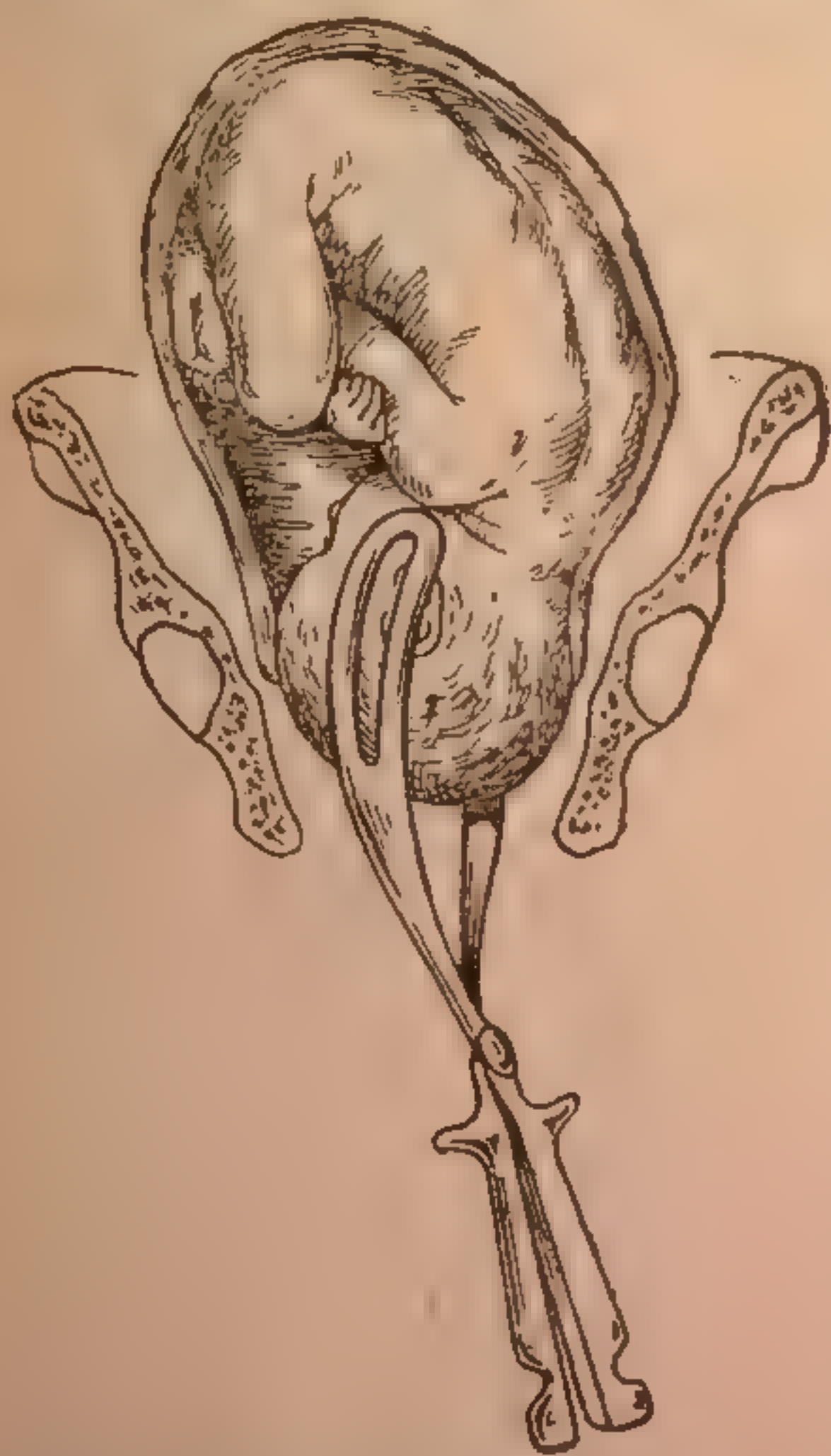


Рис. 339. Ложки щипцов (полостных) лежат на теменных и височных сторонах головки (в косом раз-
мере таза).

водят так же, как и левую ложку, но в правую сторону влагалища и накладывают ее на другую, теменную сторону головки (рис. 336).

При введении ложек необходимо пальцами проверять, чтобы верхний край ложки прошел непременно под шейку, а не лег бы на нее. Чтобы проверить это, в ложках сделано окошко; если ложка введена под шейку, то последняя ощущается на окошке (снаружи) в виде туго натянутой перепонки.

Правильно наложенные ложки легко замыкаются (рис. 337). Проверив еще раз, правильно ли наложены щипцы, делают пробную тракцию (влечение), чтобы установить, не соскальзывают ли щипцы. После этого приступают к извлечению путем тракций (рис. 337 и 338). Тракции должны проводить головку в тех же направлениях, в каких она проходила бы при самостоятельных родах; при этом тракции должны быть плавными, не рывками, с постепенным увеличением прилагае-

мой силы. Так, при извлечении головки, стоящей в выходе, тракции сначала производят в направлении слегка на себя и кверху до тех пор, пока затылок не подойдет под лонный угол; после этого направление тракций меняется круто кверху. Когда выведены затылочные бугры, можно щипцы снять и вывести головку ручным приемом. Щипцы снимают в обратном порядке их наложения: сначала правую, а затем левую ложку движениями, параллельными противоположному паху. При выведении головки в щипцах можно одной рукой тянуть за рукоятку щипцов, а другой бережно как бы снимать промежность с головки (рис. 338).

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (SECTIO CAESAREA)

Название «кесарево сечение» (sectio caesarea) происходит от латинского глагола caedere, что значит сечь, рассекать. Так на-

зывается операция извлечения плода через разрез брюшной стенки и стенки матки.

Кесарево сечение известно с древних времен, когда оно обычно практиковалось на умерших роженицах. Иногда удавалось извлечь таким путем живого младенца. Операция кесарева сечения на мертвых производится не врачами. Первый достоверный случай кесарева сечения на живой относят к 1610 г.

В России операцию кесарева сечения впервые описал русский врач Данило Самойлович (1780), работавший в Москве. В дальнейшем кесарево сечение стали применять и другие врачи. С введением в хирургическую



Рис. 340. Кесарево сечение. Разрез стенки матки в нижнем сегменте ее после отодвигания мочевого пузыря книзу.

практику асептики и антисептики операция кесарева сечения получила широкое распространение. Большая заслуга в усовершенствовании операции кесарева сечения у нас в России принадлежит профессору Московского университета Николаю Ивановичу Побединскому.

В настоящее время кесарево сечение производят при живом плоде, если женщина самостоятельно родить его живым не может: при абсолютно узком тазе; при отсутствии поступательного движения предлежащей части, когда при полном открытии маточного зева она остается в течение 2—4 часов прижатой ко входу в таз; при угрожающем разрыве матки; при сильном кро-

вотечении вследствие предлежания или преждевременной отслойки плаценты, если нет условий для бережного родоразрешения влагалищным путем; при поперечном положении плода с рано отошедшими водами и малом открытии зева.

Описание операции кесарева сечения. Послойным разрезом передней брюшной стенки по средней линии живота от лобка до пупка и несколько выше вскрывают брюшную полость и тщательно отгораживают ее большими марлевыми салфетками. Над-



Рис. 341. Кесарево сечение. Извлечение плода за ножки через разрез стенки матки. Акушерка готова к приему ребенка.

резают и вскрывают пузырно-маточную складку брюшины и мочевой пузырь отодвигают книзу и кпереди. Таким путем обнажается нижний сегмент матки. Зеркалом оттягивают кпереди и удерживают мочевой пузырь. Линейным разрезом длиной в 10—12 см вскрывают полость матки по передней стенке нижнего сегмента и частью тела матки (рис. 340). Вскрывают плодный пузырь и, смотря по положению плода, его извлекают либо за ножку, либо за ножки (рис. 341), либо, если в разрезе оказывается головка плода, руками или при помощи щипцов проводят головку через разрез и затем извлекают туловище плода. На пуповину накладывают зажим и перерезают ее. Акушерка, стоящая тут же, рядом (рис. 341), с приготовленным стерильным согретым бельем, принимает ребенка.

Брюшностеночное кесарево сечение

Влагалищное кесарево сечение

№ п п	Наименование инструментов	Количе- ство	№ п п	Наименование инструментов	Количе- ство
1	Зеркала брюшные раз- ной величины	4	1	Зеркала влагалищные	3
2	Крючки тупые	2	2	Боковые зеркала сплош- ные	2
3	Скальпели	3	3	Боковые зеркала оконча- тые	2
4	Пинцеты длинные	1	4	Подъемники разной ве- личины	3
5	» анатомические	4	5	Пинцеты анатомические	3
6	» хирургические	4	6	Пинцеты хирургические	3
7	Зажимы Кохера длин- ные	10	7	Пинцеты длинные	1
8	Зажимы Кохера корот- кие	5	8	Зажимы Кохера	10
9	Зажимы Пеана	15	9	» Пеана	10
10	Щипцы-двузубцы	2	10	Щипцы-двузубцы	8
11	Пулевые щипцы	2	11	Скальпели	2
12	Овариальные щипцы	2	12	Пулевые щипцы	6
13	Кюретка большая	1	13	Зонд маточный	1
14	Корнцанги	6	14	Кюретка большая	1
15	Катетер мужской	1	15	Корнцанги	6
16	Зонд желобоватый	1	16	Катетер мужской	1
17	Депрессор ложкообраз- ный	1	17	» женский	1
18	Щипцы акушерские	1	18	Перфоратор	1
19	Иглодержатели	3	19	Иглодержатели	3
20	Иглы разные	10	20	Иглы разные	10
21	Ножницы изогнутые	2	21	Ножницы изогнутые	2
22	» прямые	2	22	» прямые	2
23	Скобки	25			
24	Пинцеты для наложения скобок	2			
25	Цанки	4			

Затем извлекают послед (плаценту с оболочками); стенки полости матки проверяют. Для лучшего сокращения матки вводят непосредственно в толщу ее стенки 1 мл питунтрина. Зашивают разрез матки, не прошивая внутренней оболочки. Обычно накладывают швы в три этажа: мышечно-мышечный этаж, серозно-мышечный и, наконец, брюшинный. Удаляют салфетки из брюшной полости и зашивают послойно разрез брюшной стенки. Существуют и другие модификации разрезов при операции кесарева сечения.

Акушерка должна быть наготове: к началу операции должно быть все, что необходимо для приема ребенка (теплый стерильный комплект белья), и все на случай оживления его (стр. 227).

ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (SECTIO CAESAREA VAGINALIS)

В отличие от брюшностеночного кесарева сечения эта операция производится со стороны влагалища и заключается в отслойке передней стенки влагалища и мочевого пузыря от передней стенки шейки матки, а затем в рассечении передней стенки шейки по ее длине за внутренний зев. Таким образом открывается доступ в матку для извлечения плода. Через произведенный разрез рукой извлекают за ножку плод, плаценту. Затем кюреткой обследуют стенки полости матки. После этого зашивают разрез; отсепарованный лоскут передней стенки влагалища с мочевым пузырем пришивают на прежнее место. Влагалищное кесарево сечение применяется при средних сроках беременности (от 3 до 7 месяцев), если по тем или иным причинам продолжение беременности недопустимо (нефриты, декомпенсированные пороки сердца, не поддающиеся лечению в условиях стационара, тяжелые заболевания печени и некоторые другие).

Для операции необходимы следующие инструменты (стр. 523) Стерильный шовный материал—кетгут, шелк; стерильные марля, салфетки. Белье стерильное для чревосечения: халатов — 4, масок марлевых — 4, простынь — 5, пеленок — 5, полотенце — 5.

Белье для влагалищных операций: халатов — 4, масок — 4, простынь — 4, пеленок — 6, чулок полотняных — 1 пара.

КРАНИОТОМИЯ (CRANIOTOMIA)

Если плод мертвый или попытки извлечь живой плод щипцами оказались безрезультатными, или если налицо признаки угрожающего разрыва матки при плотно во входе стоящей головке, — наиболее бережной для матери операцией является уменьшение объема головки и последующее извлечение плода.

Операция эта состоит из прободения головки (*perforatio capitis*), последующего сжатия ее краниокластом (*cranioclasia*) и извлечения плода тракциями краниокласта.

Необходимый инструментарий для производства операции: 2 влагалищных зеркала, 2 боковых зеркала, 2 корнцанга, 1 перфоратор Феноменова или Бло (рис. 342), 1 ложка или длинный класт (рис. 344), 1 ножницы Феноменова на случай, если потребуется рассечение ключиц (cleidotomia), и 1 ножницы на случай, если потребуется рассечение шейки матки при неполном ее открытии. В другом стерилизаторе готовят все необходимое для зашивания разрыва шейки матки и разрыва промежности.

Николай Николаевич Феноменов — выдающийся русский акушер и гинеколог конца XIX века. С 1885 по 1899 г. был профессором кафедры акушерства и гинекологии в Казани, а с 1899 по 1918 г. — директором Надеждинского (ныне имени Снегирева) родовспомогательного заведения в Петербурге. Один из первых в России стал проводить асептику. Был выдающимся преподавателем, изобрел много новых акушерских инструментов. Среди его многочисленных работ особое значение имеет классическое руководство «Оперативное акушерство», сохранившее свою ценность и до сих пор.

Техника производства операции краниотомии по Феноменову. Во влагалище вводят сначала нижнее зеркало, затем верхнее; можно ввести и боковые зеркала; влагалище раскрывается, и операция производится

под контролем глаза. Такой контроль очень важен, чтобы не поранить шейки и стенок влагалища, особенно в тех случаях, когда головка стоит высоко в тазу, или если к операции приходится приступать при неполном открытии наружного зева.

Пальцем нащупывают, если удастся, ближайший родничок или шов, производят разрез кожных покровов и по пальцу вводят во влагалище перфоратор, который острием вонзается в область родничка (рис. 343) и проникает сквозь мозговые оболочки в полость черепа. При подвижной головке необходимо предварительно захватить, фиксировать головку двумя щипцами Мюзо. Между наложенными щипцами разрезают ножницами кожу и через разрез вводят перфоратор в череп. Нажимая на ручку перфоратора, вращательными движениями расширяют

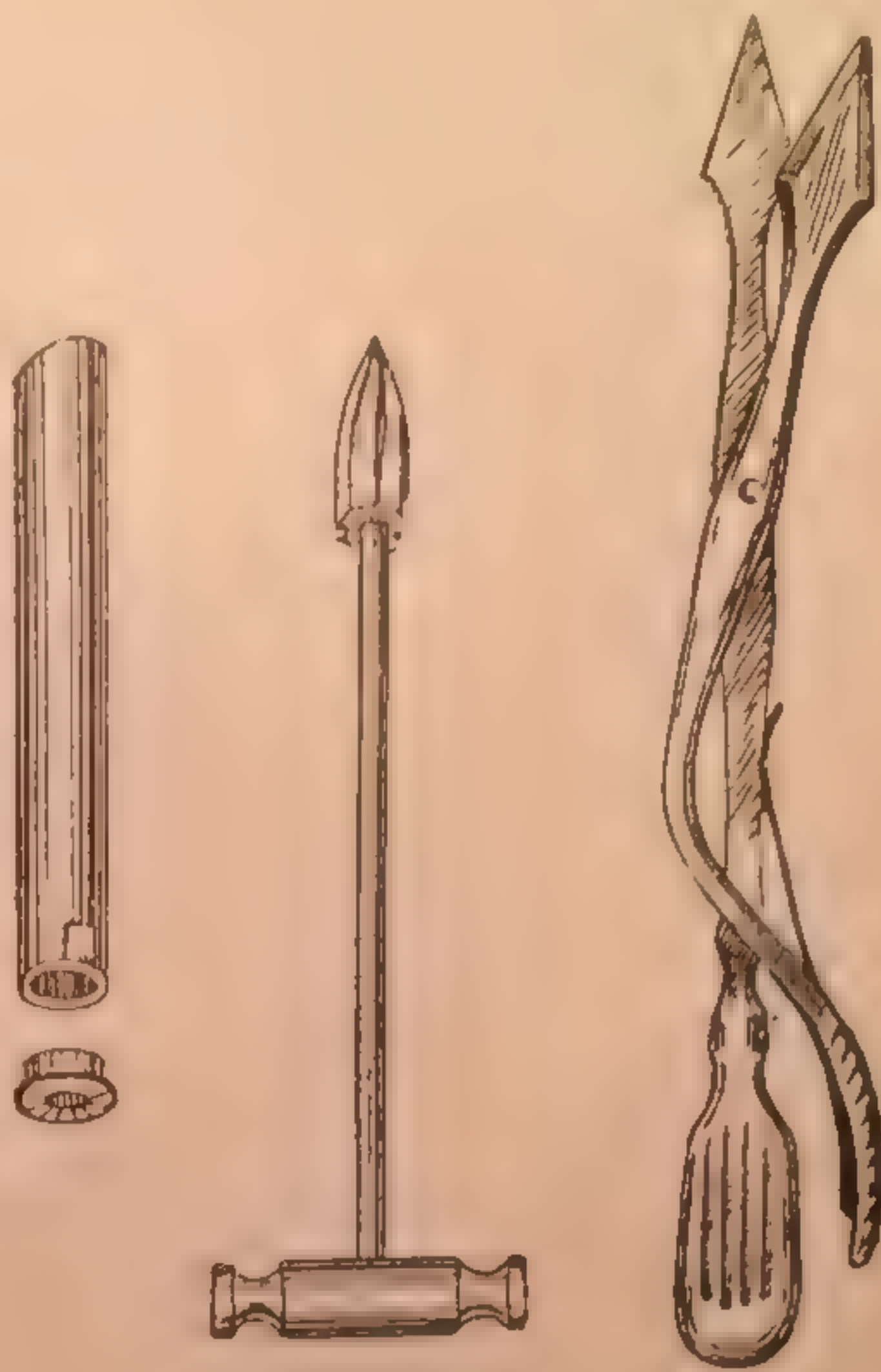


Рис. 342. Перфоратор.
Слева — Феноменова, справа — Бло.

сделанное в черепе отверстие. После этого перфоратор вынимают, вслед за чем начинает выделяться вещество мозга. Через перфорационное отверстие вводят ложку или металлический мужской катетер внутрь черепа, разрушают и удаляют мозг (excerebratio). Некоторые акушеры для удаления вещества мозга применяют промывание черепа стерильной жидкостью. По удалении мозга накладывают краниокласт. Сначала вводят сплошную ложку со штамповидной брашней внутрь черепа; затем на

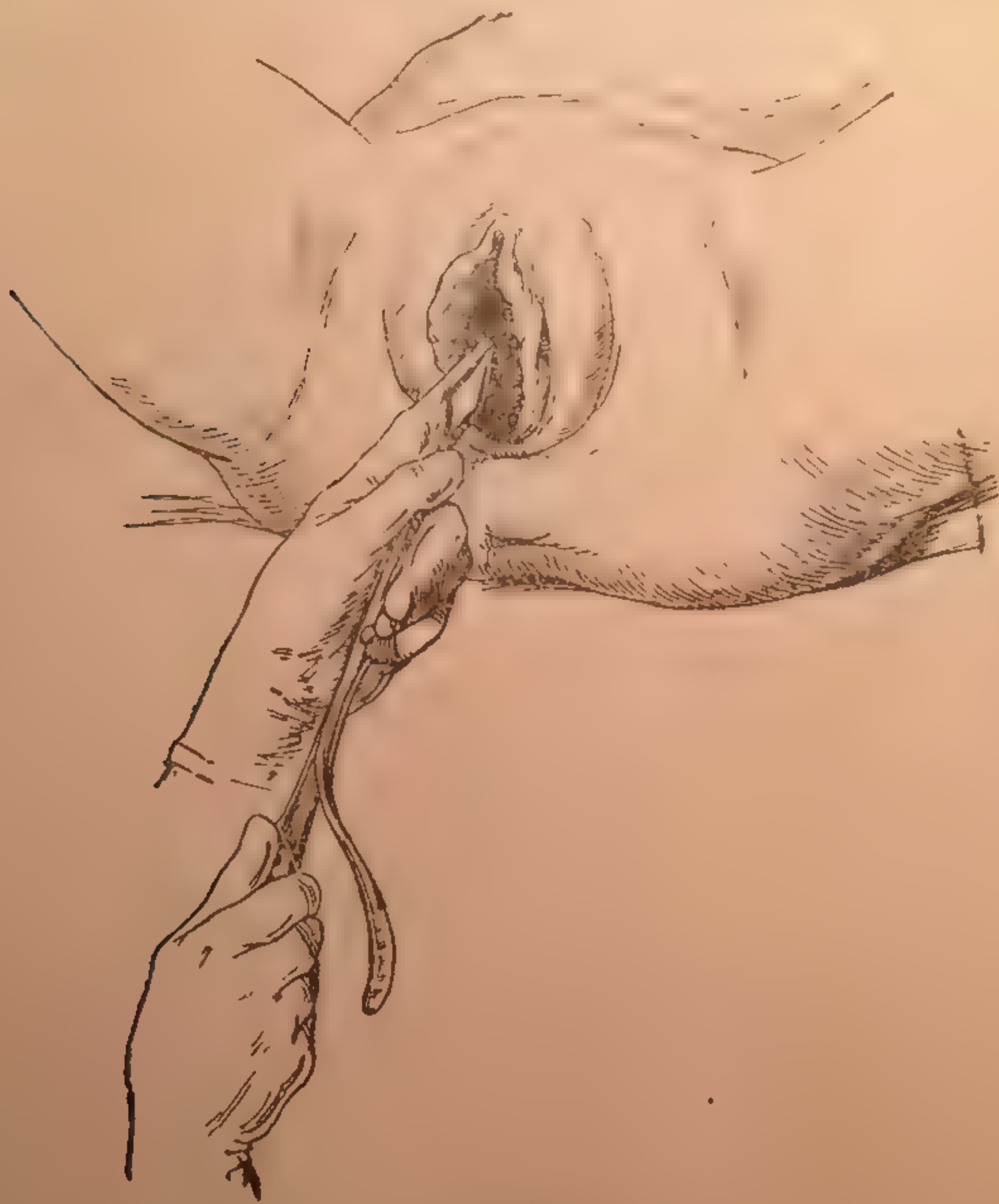


Рис. 343. Операция перфорации головки плода.

наружную поверхность головки, как правило на лицо, накладывают вторую, окончатую ложку, которая вводится приблизительно так же, как и ложка щипцов. При этом необходимо убедиться, что вторая ложка легла непосредственно на лицо, а не на шейку матки.

Наложенный краниокласт замыкают винтом (рис. 344). Крепко завинчивают замок краниокласта и, если имеется полное открытие зева, приступают к извлечению плода. При неполном открытии зева и необходимости немедленного извлечения рекомендуется во избежание разрыва шейки сделать насечки по краям наружного зева.

КЛЕЙДОТОМИЯ (CLEIDOTOMIA)

При извлечении плода могут возникнуть затруднения при проведении плечиков, особенно если плод большой, а таз узкий. В таких случаях производят рассечение ключиц; операция носит название клейдотомии (от греч. слова *cleis* — ключ), для чего пользуются специальными ножницами (Феноменова).

При этом нужно помнить, что плод мертвый, поэтому всемерно надо щадить ткани родовых путей матери.



Рис. 344. Наложенный на перфорированную головку краниокласт замыкают специальным винтом.

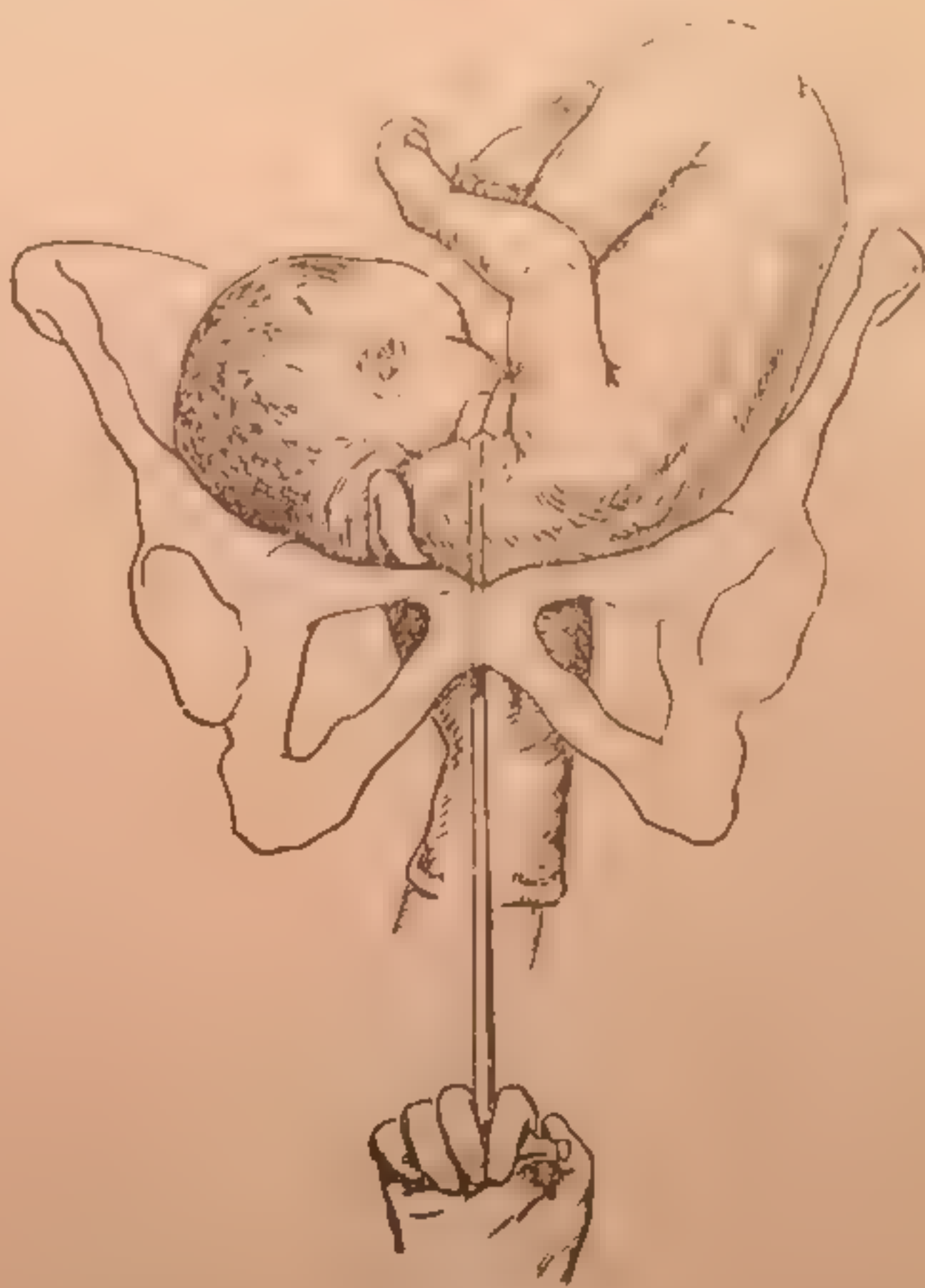


Рис. 345. Перелом позвоночника в его шейной части поворотом крючка.

ЭМБРИОТОМИЯ (EMBRYOTOMIA)

Благодаря правильной организации родовспоможения и полному охвату всего населения бесплатной медицинской помощью в нашей стране запущенная акушерская патология встречается крайне редко и представляет собой исключительное событие. Только при наличии серьезных недочетов в организации родильной помощи может встретиться запущенная патология, при которой потребуются операция эмбриотомии.

Операция эмбриотомии — рассечение плода на части — производится (врачом) при запущенном поперечном положении, при мертвом плоде, когда закончить роды иным способом не пред-

ставляется возможным. Сущность операции сводится к тому, чтобы как можно скорее уменьшить размер тела плода, после чего его можно будет удалить из матки по частям.

Условиями, необходимыми для производства этой операции, является полное открытие наружного зева и отсутствие абсолютного сужения таза (истинная конъюгата не менее 7 см).

В зависимости от характера расположения плода применяется несколько вариантов эмбриотомии: обезглавливание (*decapitatio*), перелом позвоночника (*spondylotomia*), удаление внутренних органов (*evisceratio*). Все они, повторяем, имеют целью уменьшить объем плода.

Инструментарий, необходимый для производства операции эмбриотомии: крючок для перелома шейной части позвоночника (рис. 345), декапитационный серповидный нож для обезглавливания, ножницы с длинной рукояткой; другой инструментарий тот же, что и для операции перфорации и краниоклазии (стр. 525).

После рассечения плода и уменьшения его размеров очень осторожно, чтобы не поранить стенок матки и влагалища, извлекают частями плод; головку захватывают (фиксируют) щипцами Мюзо, перфорируют и извлекают. Эмбриотомия производится врачом под общим наркозом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ

Помимо консервированной крови, полученной от доноров, для целей переливания может быть использована (по предложению проф. М. С. Малиновского) и плацентарная кровь, которую получают из сосудов пуповины после отделения ребенка от матери. Организация сбора и хранения плацентарной крови является чрезвычайно ответственным разделом работы родильного дома, которым должно весть отдельное лицо.

Обычно этим ведает врач и специально подготовленная акушерка или сестра. Малейшее нарушение асептики при получении крови, неправильное приготовление посуды, нечеткость при определении групповой принадлежности крови, неправильное хранение ее, угрожают жизни больной.

Плацентарную кровь собирают у здоровых женщин при нормальных родах и при здоровом младенце.

Все лабораторные анализы по обследованию плацентарной крови хранятся в историях родов родильниц, у которых была взята кровь.

ОРГАНИЗМ

В царск
более отст
лось колос
а также не
раннего во
наиболее и
нуждены б
Существов
на богатых
содержавш
не могли
в родильн
ло крайне
Развит
образом с
чего движ
листам, б
чих родил
В 1888
выдвинуто
во время
ального с
рабочим
лись бур
тельного
бурге тре
как и ря
ны. С го
медленно
ютах. На
тывалос
ни одно
34 Акушер

ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ В СССР

Глава XXXI

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ

В царской России родовспоможение являлось одним из наиболее отсталых участков здравоохранения; оно характеризовалось колоссальной материнской заболеваемостью и смертностью, а также невероятно большой смертностью новорожденных детей раннего возраста. Родильной помощью были обеспечены только наиболее имущие слои населения. Работницы и крестьянки вынуждены были прибегать к помощи невежественных знахарок. Существовавшие в городах частные лечебницы были рассчитаны на богатых людей. Единичные бесплатные родильные приюты, содержавшиеся преимущественно на благотворительные средства, не могли удовлетворить потребности населения, нуждавшегося в родильной помощи ввиду того, что количество коек в них было крайне незначительно.

Развитие охраны материнства и младенчества теснейшим образом связано с борьбой рабочего класса. Еще на заре рабочего движения в числе требований, предъявлявшихся к капиталистам, были требования об обеспечении работниц и жен рабочих родильной помощью.

В 1885 г. во время первой стачки морозовских ткачей было выдвинуто требование отмены ночного труда женщин; в 1897 г. во время стачки горнорабочих было выставлено требование социального страхования рабочих и организации больничной помощи рабочим и работницам, однако все эти требования отклонялись буржуазией. В 1904 и 1905 гг. рабочие Невского судостроительного завода, Путиловского и Обуховского заводов в Петербурге требовали открыть родильные приюты. Но эти требования, как и ряд других, после подавления революции были похоронены. С годами в промышленных городах стал отмечаться крайне медленный, весьма незначительный рост коек в родильных приютах. Но даже к 1914 г. медицинской помощью в Москве охватывалось меньше половины родов. Во многих губерниях не было ни одной родильной койки даже в городах.

Так называемые «окраины» царской России, в частности, Средняя Азия, отчасти Закавказье, ныне цветущие национальные республики Советского Союза, совершенно не имели родильных коек.

Разбросанность деревень, индивидуальное крестьянское хозяйство, чрезвычайно низкий культурный уровень крестьянского населения, отдаленность больниц от деревень, отсутствие лошади у бедняка и середняка, нежелание земств отпускать средства на родовспоможение — все это приводило к тому, что в деревнях медицинская родильная помощь совершенно отсутствовала.

В царской России было всего около 15 000 повивальных бабок, из них в деревнях работало только 3 000.

Кем же обслуживалась многомиллионная масса женского населения?

Около 98% всех родов обслуживали знахарки. Квалифицированная родильная помощь оказывалась только ничтожному числу (от 2 до 4%) рожениц, которых направляли в больницы ввиду тяжелых патологических родов. Большой процент рожениц погибал от родильной горячки и от различных осложнений в родах. По самым скромным подсчетам, в те времена ежегодно умирало 30 000 рожениц и родильниц. Таково было родовспоможение в царской России.

Только Великая Октябрьская социалистическая революция смогла полностью разрешить эту проблему. Только после Великой Октябрьской социалистической революции была создана система родовспоможения на новых началах, которая добилась невиданных успехов. Свергнув капиталистов и помещиков, рабочий класс в союзе с крестьянством в первые же дни революции создал организацию по охране материнства и младенчества.

В приказе по Народному комиссариату государственного призрения от 31 января 1918 г. сказано: «2 миллиона едва затеплившихся на земле младенческих жизней ежегодно пасли в России от темноты и неосознанности угнетенного народа, от косности и равнодушия классового государства. 2 миллиона страдалиц-матерей обливали ежегодно горькими слезами русскую землю, засыпая мозолистыми руками ранние могилки бессмысленно погибших невинных жертв уродливого государственного строя. Веками искавшая пути человеческая мысль выбилась, наконец, на простор лучезарной, светлой эпохи свободного строительства руками самого рабочего класса тех форм охраны младенчества, которые должны сохранить ребенку мать, а матери ребенка. Яркие образчики капиталистической морали — воспитательные дома с их колоссальной детской скученностью и смертностью, ... с надругательством над святыми чувствами обездоленной рабочей матери, превращавшими гражданку-мать в тупое дойное животное, — все эти ужасы кошмарной ночи, к счастью России, при победе рабочих и крестьян, погрузились в черный мрак прошлого. Настало утро, чистое и светлое, как сами дети.

Вас, работницы, трудящиеся гражданки-матери, с вашим чутким сердцем, вас, смелые строители новой общественной жизни, вас, идейные педагоги, детские врачи и акушеры, — всех вас зовет теперь новая Советская Россия слить ваш ум и чувства в строительстве великого здания социальной охраны грядущих поколений»¹.

На протяжении всего победоносного пути советского народа Коммунистическая партия и Советское правительство постоянно уделяли большое внимание охране материнства и детства. Многие мероприятия советской власти были направлены на то, чтобы освободить женщину от тяжелого, полуграбского положения в семье и на производстве, в каком она была до революции, и дать женщине возможность участвовать в строительстве социалистического государства. «Пролетариат не может добиться полной свободы, — писал В. И. Ленин, — не завоевывая полной свободы для женщин»².

Родовспоможение в системе охраны материнства и детства заняло видное место и стало одним из основных факторов в борьбе с материнской и детской заболеваемостью и смертностью. В основу родовспоможения были положены принципы широкой профилактики.

Организация родовспоможения не ограничилась только развертыванием родильных коек; наряду с этим и прежде всего началась организация консультаций для женщин.

Консультации для женщин принадлежала решающая роль в предупреждении патологии беременности и связанной с ней материнской и детской заболеваемости и смертности.

Раньше акушерки в городских и земских больницах ограничивались только тем, что принимали роды, когда к ним привозили роженицу. Задача советской акушерки состоит в том, чтобы привлечь женщину в консультацию для профилактики и своевременного лечения осложнений во время беременности и в родильный дом для родов под врачебным наблюдением. Организация патронажа беременной и родильницы стала одним из основных методов работы по родовспоможению в целом.

Из года в год родильная помощь росла количественно и качественно и достигла к настоящему времени грандиозных размеров, полностью удовлетворяющих потребности населения.

Построено и продолжает строиться много новых больших родильных домов, совершенно не похожих на старые мрачные родильные приюты царского режима.

Советские родильные дома построены по последнему слову техники, прекрасно оборудованы, обеспечены круглосуточно квалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом.

¹ Цитировано по М. И. Барсукову, Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения, Медгиз, 1951, стр. 296.

² В. И. Ленин, Сочинения, т. 30, изд. 4-е, 1950, стр. 317.

лом; помимо медицинской помощи, родильницы находят в них уют и отдых. Среди ряда особенностей организации стационарной родильной помощи следует отметить весьма существенное мероприятие — устройство отдельных палат для новорожденных. (Раньше новорожденные не имели отдельных кроваток, они находились в одной постели с матерью.) В советском родильном доме организован рациональный уход за новорожденным, способствующий его нормальному развитию, — родильный дом стал школой материнства.

С коллективизацией сельского хозяйства коренным образом изменилась и организация родильной помощи на селе. По инициативе колхозников возникла новая форма родильной помощи — колхозные родильные дома. В постановлении XVI Всероссийского съезда советов говорится: «Подхватить растущую общественную активность колхозников и колхозниц, направив ее и на работу по улучшению здравоохранения на селе, в первую очередь, по расширению и улучшению родильной и ясельной помощи». (Постановление XVI Всероссийского съезда советов по докладу Народного комиссариата здравоохранения РСФСР о работе и задачах в области народного здравоохранения РСФСР.)

Эта новая форма родовспоможения на селе (колхозные родильные дома) полностью себя оправдала и завоевала доверие широких колхозных масс.

Вместе с ростом стационарной акушерской помощи возросла и разъездная акушерская помощь.

Одновременно с ростом сети родильных учреждений шла усиленная подготовка необходимого количества кадров советских врачей-акушеров и акушерок.

Акушерка в советском родовспоможении и особенно на селе заняла ведущее место.

Коммунистическая партия и Советское правительство даже в тяжелые годы Великой Отечественной войны не ослабляли своих забот о женщине-матери и о ее ребенке. Ярким примером этому является исторический указ Президиума Верховного Совета СССР от 8/VII 1944 г. Указ явился грандиозной программой государственной помощи матерям и детям, развертывания и улучшения сети родильной помощи и помощи детям. Для осуществления этого выделялись и выделяются огромные средства.

Решения XIX съезда КПСС еще раз показывают, какое колоссальное внимание уделяют партия и правительство здравоохранению и в том числе родовспоможению. В директивах XIX съезда партии по пятому пятилетнему плану развития СССР на 1951—1955 гг. сказано: «Обеспечить дальнейшее улучшение и развитие здравоохранения населения.

Расширить за пятилетие сеть больниц, диспансеров, родильных домов, санаториев, домов отдыха, детских яслей, детских садов, увеличив число коек в больницах не менее чем на 20 процентов...

Направить усилия медицинских научных работников на решение важнейших задач здравоохранения, сосредоточив особое внимание на вопросах профилактики, обеспечить быстрейшее внедрение в практику достижений медицинской науки».

Организация акушерской помощи в Советском Союзе привела к резкому снижению заболеваемости и смертности матерей и детей. Заболеваемость и смертность женщины после родов у нас во много раз ниже, чем в капиталистических странах.

В нашей стране, и это впервые в истории человечества, забота о матери и детях стала незыблемым государственным законом.

Система мероприятий советской власти по охране материнства и детства признана самой передовой во всем мире.

В целях улучшения акушерско-гинекологической помощи в 1948 г. было начато проведение объединения родильных домов с женскими консультациями, чтобы обеспечить единое обслуживание беременной и больной женщины в поликлинике и стационаре. Увеличение количества врачей в поликлинике за счет врачей стационара позволило разукрупнить участки врачебного обслуживания, что значительно улучшило качество профилактической и лечебной помощи беременной и гинекологической больной.

В соответствии с приказом министра здравоохранения Союза ССР за № 870 в настоящее время имеются два основных типа учреждений для родовспоможения — родильный дом и колхозный родильный дом, а в системе амбулаторно-поликлинических учреждений — фельдшерско-акушерский пункт.

Родильный дом, таким образом, является учреждением, в составе которого имеется родильный стационар с женской консультацией и социально-правовым кабинетом, — все это под единым руководством главного врача родильного дома при общем коллективе медицинских работников.

Для лучшего руководства родовспоможением в штаты министерств здравоохранения союзных и автономных республик, областных, краевых и городских (городов республиканского подчинения) отделов здравоохранения введена с 1949 г. должность главного акушера-гинеколога.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Консультация для женщин является ведущим отделением родильного дома. Консультация широко проводит лечебную и профилактическую работу среди женщин вообще и среди беременных и родильниц в частности. Консультация является для женщин одновременно и культурно-просветительным учреждением, и школой здорового, счастливого материнства.

В первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции консультации ограничивались советами и оказанием помощи только беременным женщинам, почему и назывались

«консультации для беременных». Позднее консультации значительно расширили свои функции.

Беременная женщина получает в консультации специальный совет и помощь. По выписке из родильного стационара мать и ее ребенок продолжают находиться под наблюдением консультации. Родильница с ребенком посещает женскую и детскую консультации, где получает подробные указания, как вести себя, как кормить ребенка и ухаживать за ним.

Акушерка или сестра консультации, так называемая патронажная сестра, посещает беременную и родильницу на дому и здесь дает ей советы, оказывает надлежащую помощь, обучает женщину уходу за ребенком.

Консультация знакомит женщину с основами личной гигиены в быту и на производстве. В консультации женщина получает все виды специальной гинекологической поликлинической помощи.

Следовательно, консультация имеет дело с женщиной не только во время беременности, но в сущности во все периоды ее жизни, поэтому она стала называться не консультацией для беременных, а консультацией для женщин или женской консультацией.

Помещение консультации. Современная женская консультация должна иметь следующие помещения:

- 1) раздевальную;
- 2) регистратуру со специальными шкафами для хранения картотеки, карт беременной и родильницы и т. д.;
- 3) ожидальную — хорошо и уютно обставленную комнату с плакатами и книгами по гигиене женщины;
- 4) комнату для санитарно-просветительной работы, для лекций и бесед, комнату для проведения психопрофилактической подготовки беременных к родам. В этих комнатах должны быть картины и другие наглядные пособия, необходимые для иллюстрации лекций и бесед;
- 5) один-два кабинета со специальным оборудованием (с гинекологическим креслом, кушеткой, столиком для инструментов, раковины или умывальником);
- 6) кабинет для приема врачами-специалистами — терапевтом, невропатологом, зубным врачом и др.;
- 7) лабораторию для производства анализов мочи, исследования мазков и т. д.;
- 8) процедурную комнату для производства инъекций, спринцеваний, клизм и т. п.; здесь же могут стоять весы для взвешивания и ростомер;
- 9) физиотерапевтический кабинет, оснащенный современными приборами и аппаратами, и при нем помещение со специальными кушетками для отдыха больных.
- 10) уборные чистые, светлые, теплые, расположенные поблизости от ожидальной комнаты;

ЛЕЧЕБНО-П
Беременная
Самостоятельно
Консультация
каждой женщине
консультации и ро
Эта чрезвы
сти может бы
не за здоров
ности. Только
признаки откл
вать соответст
консультации
правильный с
получение по
Ранней яз
санитарно-про
в общежития
На кажды
карта, куда
то всем вопр
С С
Минис
здоров
Индивидуал
беременной
Наименование
Фамилия, имя
Явилась по
за нап
Семейное со

11) зал для проведения гимнастики с беременными и рядом душевая комната.

Этот перечень, понятно, может быть изменен в зависимости от условий, возможностей и масштаба работы.

Консультация при колхозном родильном доме, где всю работу проводит только одна акушерка, представляет собой одну комнату. Помещение это должно быть совершенно изолировано от родильного дома и иметь отдельный вход и отдельную уборную.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА КОНСУЛЬТАЦИИ

Беременная женщина с первых недель беременности должна быть осмотрена в консультации.

Консультация должна принять все меры к тому, чтобы обеспечить каждой беременной женщине благополучное течение беременности и родов.

Эта чрезвычайно важная и ответственная работа консультации может быть выполнена только в том случае, если наблюдение за здоровьем беременной ведется с первых недель беременности. Только при этом условии можно обнаружить ранние признаки отклонения от нормального течения беременности и принять соответствующие меры для их устранения. Раннее посещение консультации беременной женщиной позволяет легче установить правильный срок беременности, что обеспечивает своевременное получение полагающегося отпуска по беременности.

Ранней явки беременных в консультацию добиваются путем санитарно-просветительной работы на производстве, в колхозах, в общежитиях, патронажа на дому.

На каждую беременную женщину заводится индивидуальная карта, куда акушерка при первой регистрации заносит сведения по всем вопросам, имеющимся на первой странице этой карты.

СССР

Министерство
здравоохранения
Индивидуальная карта №
беременной и родильницы

Здравоохран. учетн. ф. № 111
(к отчетн. ф. № 196 и 19в)

Утверждено
Наркомздравом СССР
№ 122 от 23/II 1939 г.

Дата _____ 19__ г.

Наименование и адрес учреждения _____ Работает сама (подчеркнуть)
на иждивении _____ (у кого)

Фамилия, имя, отчество _____ возраст _____ лет _____

Явилась: по болезни, за советом по поводу _____
за направлением во врачебную комиссию по разрешению аборта
(подчеркнуть)

Семейное состояние: одинокая, живет с мужем, с родными (подчеркнуть)

Народность _____ Образование: начальное, среднее, высшее
(подчеркнуть)

Где живет: область (край), АССР _____ район _____

населенный пункт _____ улица (пер.) _____

дом № _____ кв. № _____

Живет постоянно в городе, на селе (подчеркнуть)

Условия жизни и питания _____

Работает по найму с _____ лет _____

Место работы беременной (родильницы)¹ _____

Характер производства _____

Детальная профессия (должность) _____

Условия труда: _____
(отметить характер помещения, условия работы)

Работает ли теперь: да, нет (подчеркнуть).

Сведения о беременностях

№ п/п	В каком году	Чем кончилась беременность				Ребенок живой, мертвый, мацерированный	Сколько времени кормила грудью	Жив ли ребенок теперь	Роды произошли		Если дома, то кто принимал
		выкидышем самопроизвольным	искусственным выкидышем	преждевременными родами	срочными родами				в родильном доме	дома	
1											
2											
3											
4											
5											
6											

Первые менструации с _____ лет; установились сразу, через _____ лет
шли по _____ суток, через _____ недель. слабо, умеренно, сильно
_____ без боли, с болью: до, во время, после; особенности _____

С какого возраста началась половая жизнь _____

Течение прежних беременностей (отски, рвота, эклампсия и другие токсикозы) _____

¹ Если беременная (родильница) не работает, указать только место работы лица, на иждивении которого она находится.

Течение послеродовых периодов _____

Предохраняет ли себя от беременности: да, нет (подчеркнуть)

Каким способом _____

Наследственность _____

Перенесенные болезни (рахит, малярия, гоноррея, скарлатина, дифтерия и др.) _____

Перенесенные женские болезни; до начала половой жизни _____

при половой жизни _____

Здоровье мужа (гоноррея) _____

Состояние здоровья в настоящее время

Рост _____ вес _____ общий осмотр (отеки, пигментация и т. д.) _____

Грудные железы, соски _____

Состояние брюшного пресса _____

Сердце, сосуды, пульс _____

Легкие _____

Органы пищеварения (зубы) _____

Печень _____

Почки _____

Течение настоящей беременности _____

Последние месячные начались _____ Первое движение плода _____

Размеры таза _____

Наружное исследование:

Высота дна матки _____

Положение плода, позиция и вид _____

Предлежание _____

Сердцебиение _____

Шевеление плода _____

Наружные половые органы _____

Диагноз (беременна на _____ месяце)

Внутреннее исследование:

Влагалище _____

Шейка матки _____

Тело матки, величина его _____

Придатки и околomаточное про-

странство _____

Особенности _____

Предполагаемый срок родов _____

Дан отпуск по беременности с _____ числа _____ мес. 19 ____ г.
по _____ число _____ мес. _____ 19 ____ г.

Отметки терапевта, венеролога и других специалистов

Лабораторные исследования:

Кровяное давление _____

Моча _____

Влагалищная флора _____

Реакция влагалищного секрета: кислая, щелочная _____

Специальные способы исследования (рентгеновское просвечивание, реакция Вассермана и др.) _____

1) _____

2) _____

3) _____

Дата	Течение беременности и данные патронажного наблюдения	Совет

Сведения родильного дома или акушерки (если родила дома) о родах:

Когда произошли роды _____

Родила дома, в родовспомогательном учреждении (подчеркнуть). _____

в каком _____

Течение и продолжительность родов _____

Обезболивание применялось, нет (подчеркнуть)

Течение послеродового периода _____

Срок выписки _____

Состояние при выписке _____

Ребенок живой, мертвый, мацерированный (подчеркнуть)

Вес ребенка при рождении _____ при выписке _____

Длина ребенка при рождении _____

Дата	Течение послеродового периода	Совет

Данные подробного осмотра женщины врачом-акушером при первом ее посещении, как и данные осмотра врачами других специальностей — терапевтом, венерологом, зубным врачом, результаты исследования крови на реакцию Вассермана, результаты анализа мочи, влагалищной флоры — все эти сведения заносятся врачом в индивидуальную карту беременной соответственно имеющимся в ней вопросам.

При каждом повторном посещении (которое должно происходить не реже 2 раз в месяц, а в некоторых случаях по специальному назначению врача и чаще) в указанную карту заносятся все дополнительные данные, все изменения в сроках беременности и состоянии беременной. В этот лист заносятся и проведенные беседы по психопрофилактической подготовке к родам.

Даже при нормальном течении беременности очень важно повторное посещение консультации женщиной, в частности, для своевременного получения родового отпуска; но и после получения этого отпуска беременной также совершенно необходимо продолжать посещать консультацию. В последние 2 месяца беременности может появиться такое осложнение, как преэклампсия с последующим переходом в эклампсию, которая может быть предотвращена своевременно принятыми мерами (стр. 312); в этот период беременности обычно проводят занятия по психопрофилактической подготовке к родам (стр. 232).

В последний месяц беременности, особенно в последние 2 недели, можно уже с большим вероятием предвидеть, как будут протекать роды, можно уточнить положение плода.

В консультации для женщин широко проводятся все виды поликлинического лечения гинекологических больных. В этом лечении большая ответственная работа ложится на акушерку, почему последняя должна уметь не только помогать врачу, но и самостоятельно хорошо проводить назначаемые врачом процедуры

(спринцевания, влагалищные ванночки, лечебные тампоны, клизмы и др.).

Аккуратное и подробное заполнение индивидуальной карты беременной и родильницы обязательно для акушерки.

В регистратуре консультации для женщин, которой ведает акушерка или сестра, обычно имеется специальная картотека, позволяющая быстро отыскать индивидуальную карту повторно посетившей консультацию женщины, а также ведется специальная картотека по патронированию.

Картотеки, индивидуальные карты, так же как и архив стационара родильного дома, представляют чрезвычайно большую ценность в практическом и научном отношении и должны аккуратно заполняться и очень бережно храниться.

Примерно с 35 недель беременности женщина получает сопроводительную карточку в родильный дом. В этой карточке отмечаются данные о течении беременности, особо отмечаются данные, на которые следует обратить внимание врача в родильном доме. К ним относятся отклонения в размерах таза, неправильное положение плода, порок сердца у беременной, повышенное артериальное давление, наличие белка в моче, сифилис, гонорея. Также отмечают проведенные беседы по психопрофилактике болей в родах.

Сопроводительная карточка имеет ответную карточку, которая заполняется в родильном доме. В ответной карточке палатная акушерка заполняет все пункты по истории родов, передает ее для просмотра и подписи врачу, а затем отправляет в консультацию. Это позволяет врачу консультации иметь ясное представление о характере течения родов.

Таким образом, устанавливается двусторонняя связь между стационаром родильного дома и консультацией.

Выявление и лечение женщин с патологией беременности. При подробном обследовании всех беременных в консультации своевременно выявляются женщины с теми или иными отклонениями от нормального течения беременности.

Наличие патологии важно выявить как можно раньше, что в сущности и является первоочередной задачей консультации.

Таких женщин берут на специальный учет, за ними ведется особое наблюдение. Нуждающихся в лечении женщин с патологическими явлениями беременности, каковы, например, рвота, повышенное артериальное давление, появление отеков, белка в моче, преэклампсия, кровотечение и некоторые другие осложнения, надо немедленно направлять в стационар родильного дома, в отделение или палату патологии беременности.

Выписывающаяся по выздоровлении из родильного дома беременная снова поступает под наблюдение того же врача и акушерки консультации.

Связь родильного дома с другими лечебно-профилактическими учреждениями. В некоторых родильных домах и консульта-

циях, кроме акушеров-гинекологов, работают врачи и других специальностей (терапевт, зубной врач, венеролог).

Однако это не везде возможно, и не всегда этого бывает достаточно для оказания надлежащей помощи обращающимся в ближайшими диспансерами — венерологическим, туберкулезным, психоневрологическим.

В эти диспансеры врач консультации и направляет женщин к соответствующим специалистам.

Патронажная работа. Патронаж является одним из мощных и действенных факторов, способствующих внедрению санитарно-гигиенических навыков и проведению профилактических мероприятий в быту и на производстве.

Патронаж беременной, родильницы и гинекологической больной преследует две цели: лечебно-профилактическую и санитарно-просветительную.

Лечебный патронаж по большей части проводится преимущественно врачом, а на участке — акушеркой.

Одной из задач патронажной работы акушерки среди беременных и кормящих женщин является улучшение санитарно-бытовых условий беременной и родильницы. Путем индивидуальных бесед по вопросам личной гигиены женщины акушерка повышает санитарно-культурную грамотность беременной и родильницы. Санитарно-просветительная работа не ограничивается только чтением лекций и проведением бесед. Надо добиваться, чтобы все, на что акушерка в своих беседах указывает женщине и ее родным, действительно проводилось в жизнь. Необходимо воспитывать среди всех членов семьи беременной гигиенические навыки — только таким путем по-настоящему внедряется санитарная культура в быт.

Дома у беременной надо создать обстановку, возможно более отвечающую требованиям гигиены беременной и ее будущего ребенка: чистота, частое проветривание, отдельная кроватка для ребенка в наиболее чистом и самом светлом углу, отдельная ванночка, термометр для воды, шкафчик для хранения детского белья.

Необходимо в дружеской беседе отметить вред различных предрассудков, как, например, завешивание кроватки пологом, качающиеся люльки, боязнь открывать форточки и пр.

Акушерка объясняет беременной, что ей следует приготовить для себя и для будущего ребенка (10—12 пеленок, 6 распашонок, 1 м клеенки, 2 одеяла, 2—3 косынки и пр.), обучает женщину правильному уходу за собой, сообщает ей основы ухода за будущим ребенком. Патронаж дает возможность наблюдать за женщиной с ранних месяцев беременности, привлекать беременную рано в консультацию, во-время выявить ту или иную патологию, сообщив об этом немедленно врачу, и тем самым предупредить тяжелые осложнения.

Патронаж беременной, а затем рожильницы и ее ребенка проводится одной и той же акушеркой или сестрой — этим достигается цельность в наблюдении за матерью и ребенком.

При посещении беременной акушерка заполняет каждый пункт специального патронажного листа, а при повторных посещениях отмечает в нем все, что устранено из замеченных при предыдущем посещении дефектов. Пункты, касающиеся специального медицинского обследования беременной, заполняет врач. Акушерка (сестра) после каждого своего посещения сообщает врачу о состоянии беременной и замеченных у нее изменениях.

Отсюда следует, что акушерка должна быть хорошо знакома с гигиеной беременности, с течением беременности и признаками отклонений от нормального течения, с гигиеной женщины и уходом за ней в послеродовом периоде, а равно и с уходом за ребенком.

Где хорошо организован патронаж беременных и рожильниц, значительно меньше число мертворождений и меньше умирает детей в первые дни и месяцы после рождения.

Задачи консультации и, в частности, патронажной акушерки или сестры — научить беременную правильно использовать дородовой и послеродовой отпуск, а также помочь ей в этом.

Не все еще беременные женщины понимают, насколько важен рациональный отдых для благополучного завершения беременности, насколько это важно для нормального течения родов и для будущего ребенка.

Не все еще беременные женщины правильно проводят предоставленный им отпуск: нередко беременная, освобожденная от работы на производстве, перегружает себя работой по дому, не умея ее правильно организовать.

Патронажная сестра или акушерка разъясняет беременной последствия неправильно использованного отпуска.

Патронаж беременных в ранние сроки беременности способствует значительному уменьшению ошибок при выдаче дородовых отпусков, так как при этом беременные чаще посещают консультацию, их чаще осматривает врач или акушерка.

Особое значение имеет ранний патронаж для предупреждения внебольничных преступных аборт. Патронажем должны быть охвачены в первую очередь беременные, внушающие при своем посещении консультации некоторые опасения о возможности прерывания ими беременности.

Доверие и авторитет, которые приобретает акушерка при патронаже беременной, помогают доказать женщине опасности аборта, произведенного вне больничной обстановки, нелегальным путем.

Связь консультации родильного дома или родильного отделения больницы с промышленным предприятием. Помимо санитарно-просветительной работы, которая проводится в стенах кон-

сультации и путем патронажа на дому беременной и родильницы, консультация ведет работу на производстве, на фабриках, заводах, в колхозах.

Консультация в городе, а в колхозе консультация при колхозном родильном доме проводят систематическую лечебно-профилактическую и санитарно-культурную работу на ближайшей фабрике или заводе, где работает много женщин, или в своем колхозе.

Женская консультация в системе больницы при промышленном предприятии имеет своей задачей оказание лечебной помощи беременным и гинекологическим больным, изучение условий труда в различных цехах с целью правильной расстановки женщин-работниц, проведение оздоровительных мероприятий в цехах, организацию гигиенических комнат.

Приближением консультации к производству удастся установить более тесный контакт с женщиной, ознакомиться с условиями работы, легче внедрять среди женщин санитарно-гигиенические навыки, улучшить условия труда, а там, где условия оказываются вредными для беременной, переводить беременную на другую, более легкую работу на этом же производстве, а также организовать на производстве с большим количеством женщин: специальные комнаты отдыха.

При комнате отдыха отводится специальное помещение для кормящих матерей. Это помещение должно быть хорошо и удобно обставлено, снабжено соответствующими плакатами по гигиене женщины, гигиене кормления; здесь акушерка или сестра ведет наблюдение и беседы с кормящими матерями.

На производстве оборудуются и специальные комнаты личной гигиены. В этой комнате устроены специальные кабины с плиточным полом и плиточной панелью. В каждой кабине устанавливается восходящий душ с подведенной теплой водой. В комнате личной гигиены женщина имеет возможность произвести туалет наружных половых органов. Особенно важно это на предприятиях, где много пыли, которая попадает и на половые органы.

БОРЬБА С АБОРТАМИ

Постановление ЦИК и СНК СССР от 27/VI 1936 г. о запрещении абортс поставило перед женской консультацией чрезвычайно важные задачи: помочь каждой беременной доносить беременность, родить здорового ребенка, а также всячески бороться с попытками отдельных женщин прибегнуть к преступному прерыванию беременности.

Следовательно, консультация — это центр, куда охотно идет каждая беременная, где она находит приветливый и ласковый прием, где она чувствует заботу о себе и где она вполне откровенно высказывается по всем вопросам, связанным с беременностью и ее будущим материнством.

Путем индивидуальной и массовой санитарно-культурной работы женщине разъясняют тяжелые последствия, которые влечет за собой внебольничный преступный аборт; женщина узнает, что аборт грозит ей инвалидностью на всю жизнь, лишением возможности стать когда-либо матерью, а иногда даже грозит и смертью.

Только при взаимном доверии можно своевременно оказать помощь беременной и предотвратить аборт, а также выявить лиц, производящих преступные аборты.

Консультация обязана своевременно узнавать о каждом случае прерывания беременности у всех женщин, проживающих в данном районе, и выяснить причину аборта.

О каждом случае производства преступного аборта работники лечебных учреждений обязаны сообщать прокурору не позднее 24 часов после того, как это ими установлено или стало известно.

Охватить наблюдением всех беременных женщин своего района, вести систематически это наблюдение, оказывать надлежащую помощь — одна из задач консультации в борьбе с абортом.

Акушерка или сестра скорее, чем врач, может близко познакомиться с беременной и тем самым скорее может предотвратить преступный аборт.

Консультации ведут особое наблюдение за теми беременными, которым специальная комиссия отказала в производстве аборта.

Всю эту работу персонал консультации должен выполнять очень деликатно, с большим тактом, проявляя большую чуткость и внимание к беременной женщине. В противном случае беременная не будет посещать консультацию.

Женщинам больным, для здоровья которых беременность опасна, рекомендуется предупреждать наступление беременности, а уже забеременевшим разрешается производство аборта по медицинским показаниям.

Прерывание беременности путем операции аборта допускается при наличии следующих заболеваний¹:

1. Эндокардиты. Анатомические поражения клапанов сердца, мышцы сердца и перикарда при начальных явлениях недостаточности кровообращения; митральные стенозы (декомпенсированные, субкомпенсированные, компенсированные); сифилитические мезаортиты.

2. Гипертоническая болезнь. Стойкая гипертония беременных (токсикоз), не поддающаяся лечению в стационаре.

3. Заболевания кроветворных органов. Злокачественное малокровие, злокачественная анемия беременных, лейкозы (белокровие), тромбопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).

Другие заболевания с прогрессирующим падением гемоглобина.

4. Пневмосклерозы в выраженной форме; бронхоэктатическая болезнь; бронхиальная астма в тяжелой форме, установленная лечебным учреждением.

¹ Согласно приказу Министерства здравоохранения СССР № 941 от 31/X 1951 г.

5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в выраженной форме, подтвержденная рентгенологически.
6. Хронические паренхиматозные поражения печени. Болезнь Боткина при наличии печеночной недостаточности.
7. Желчнокаменная болезнь и холециститы с частыми обострениями.
8. Воспалительные, дегенеративные и склеротические изменения почек (почки).
9. Нефролитиазис, установленный рентгенологически. Хронические воспалительные заболевания почечных лоханок и мочевого пузыря (с пиурией).
10. Отсутствие одной почки.
11. Базедова болезнь (тяжелый тиреотоксикоз), установленная в стационаре. Тетания. Сахарный диабет в тяжелой форме.
12. Бруцеллез в тяжелой форме, установленный в стационаре.
13. Открытые формы туберкулеза легких, а также закрытый активный туберкулез легких и плевры. Туберкулез полости рта и верхних дыхательных путей, особенно глотки и гортани.
14. Активный туберкулез бронхиальных, шейных и других лимфатических узлов.
15. Туберкулез мочевых путей, половых органов, брюшины и брыжеечных лимфоузлов; туберкулез кишечника.
16. Туберкулез костей и суставов.
17. Туберкулез центральной нервной системы; наличие в прошлом туберкулезного менингита (по справке лечебного учреждения).
18. Туберкулез глаз.
19. Распространенный туберкулез кожи в клинически активной форме.

Примечание к пп. 13—19. При наличии у женщины, больной туберкулезом, беременности свыше 5 месяцев беременность может быть сохранена при соответствующем лечении.

20. Туберкулез легких в открытой форме в семье при невозможности изоляции матери и ребенка.
21. Перенесенные тяжелые полостные и другие операции, после которых течение беременности и родов представляют угрозу жизни или здоровью женщины.
22. Перенесенные операции по поводу пузырно-влагалищных или ректально-влагалищных свищей.
23. Сужение гортани и пищевода. Искусственный пищевод.
24. Большие грыжи живота с расхождением и атрофией брюшных мышц.
25. Деформирующий полиартрит и анкилозирующий спондилоартрит; остеохондропатия; анкилоз тазобедренного сустава в порочном положении.
26. Отсутствие одной конечности или отсутствие движений в ней.
27. Наличие в настоящем или в прошлом злокачественных опухолей
28. Лимфогрануломатоз.
29. Неукротимая рвота (токсикоз беременности), не поддающаяся стационарному лечению.
30. Сужение таза с истинной конъюгатой в 7,5 см и ниже; значительные деформации таза различного происхождения; значительные рубцовые изменения влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути.
31. Отслойка сетчатки при миопии и после травмы; перенесенные операции по поводу отслойки сетчатки; глаукома; прогрессирующая близорукость со значительными изменениями глазного дна, кровоизлияниями и большим снижением остроты зрения, не корригирующимся очками; слепота на оба глаза (при остроте зрения на обоих глазах ниже 0,05); ретинит или неврит зрительного нерва, вызванные разными причинами; тяжелые заболевания роговицы.
32. Отосклероз; хронический, прогрессирующий неврит слухового нерва.
33. Полная двусторонняя глухота; глухонмота.
34. Проказа.

35. Сифилис в заразной форме (сифилис первичный серонегативный, первичный серопозитивный, сифилис вторичный свежий, сифилис вторичный рецидивный); сифилис резистентный к противосифилитическому лечению и сифилис у женщин, не переносящих противосифилитического лечения.

36. Сифилис головного или спинного мозга при наличии неврологических или психопатологических симптомов. Прогрессивный паралич. Сухотка спинного мозга.

37. Травматическая энцефалопатия (при наличии неврологических или психопатических симптомов).

38. Эпилепсия, удостоверенная лечебным учреждением.

39. Тяжелые формы реактивных состояний и психопатий, диагностированные в результате наблюдения в психоневрологическом учреждении.

40. Процессуальные и рецидивирующие психозы, удостоверенные лечебным учреждением, где лечилась больная, или установленные на основании наличия остаточных (резидуальных) явлений.

41. Слабоумие олигофреническое или остаточное.

42. Органические заболевания центральной нервной системы с выраженной неврологической или психопатологической симптоматикой, а также с хроническим или прогрессирующим течением.

43. Полиневрит в выраженной форме или с прогрессирующим течением.

44. Миопатия; рассеянный склероз; хорея беременных.

45. Опухоли головного и спинного мозга.

46. Хроническое психическое заболевание у отца будущего ребенка, приведшее к стойкой утрате трудоспособности.

47. При наличии в семье беременной (у мужа или детей) семейного заболевания нервно-мышечной системы (миопатия, семейная атаксия, гепатолентикулярная дегенерация, миотония).

48. Семейная глухонмота (наличие глухонмоты у мужа и у одного из детей).

49. Наличие гемофилии у мужа или отца беременной.

Средства, предупреждающие наступление беременности. Предупреждающие беременность средства делятся на механические и химические. Механические средства имеют в виду создать препятствие для проникновения сперматозоидов в канал шейки матки. Химические же средства создают во влагалище такую среду, в которой сперматозоиды погибают.

Механические противозачаточные средства применяются как мужчиной, так и женщиной.

К механическим средствам, применяемым мужчиной, относится резиновый презерватив. Сперма, выделяемая во время полового акта, не попадает во влагалище, а остается в презервативе.

К механическим средствам, применяемым женщиной, относятся колпачки, надеваемые на шейку матки и колпачки, вводимые во влагалище. Влагалищные колпачки служат как бы перегородкой, отделяющей заднюю часть влагалища и шейку от передней части, в которую изливается семенная жидкость.

Есть несколько видов колпачков:

- 1) металлический колпачок разных размеров;
- 2) колпачок резиновый со вздутым резиновым ободком;
- 3) колпачок резиновый с узким ободком из сплошной резины; оба эти колпачка бывают разных размеров (45—55);
- 4) колпачок резиновый с металлическим ободком, тоже разных размеров. В колпачок добавляется химическое средство

«Преконсоль»; колпачок складывают между пальцами и вводят во влагалище таким образом, чтобы, дойдя до шейки, нижний край его пошел под шейку, а верхний — за симфиз (рис. 346, 347 и 348).

Описанные колпачки необходимо вводить во влагалище перед сношением и обязательно вынимать на другой день, после чего рекомендуется проспринцевать влагалище.

Кроме колпачков, в качестве средств, предупреждающих наступление беременности, применяются губки и тампоны. Небольшая губка, пропитанная каким-либо химическим средством, вводится во влагалище перед сношением и вынимается после сношения, после чего рекомендуется проспринцеваться.

Акушерка обучает женщину, как вводить колпачок во влагалище; женщина должна это сделать сама, сидя на корточках, после чего акушерка проверяет и убеждается, что колпачок надет правильно.



Рис. 346. Колпачок резиновый.



Рис. 347. Введение колпачка.

Химических средств очень много, и все они преследуют одну цель — убить сперматозоидов в момент их попадания во влагалище. Наиболее употребительные химические средства применяют-

ся в виде влагалищных шариков, таблеток и пасты «Преконсоль».

Влагалищные шарики вводят перед сношением в задний свод; паста «Преконсоль» выжимается из специальной трубки через стеклянный наконечник поворотом ключа.

К числу химических средств относится и спринцевание после сношения водой с примесью различных химических кислых веществ, например, древесного уксуса, борной кислоты и др.

Rp. Ac. pyrolignosi crudi 200,0

DS. 1 столовая ложка на 4—5 стаканов воды.

При выборе средств руководствуются анатомическими и топографическими данными строения половых органов, бытовыми условиями и культурным уровнем женщины. Так, например, женщине с глубоким задним сводом и обращенной кзади шейкой матки можно рекомендовать шарики, при шейке, обращенной кпереди, следует применять колпачок.

Как правило, противозачаточное средство должно быть назначено врачом, и лишь дальнейшее обучение женщины, как им

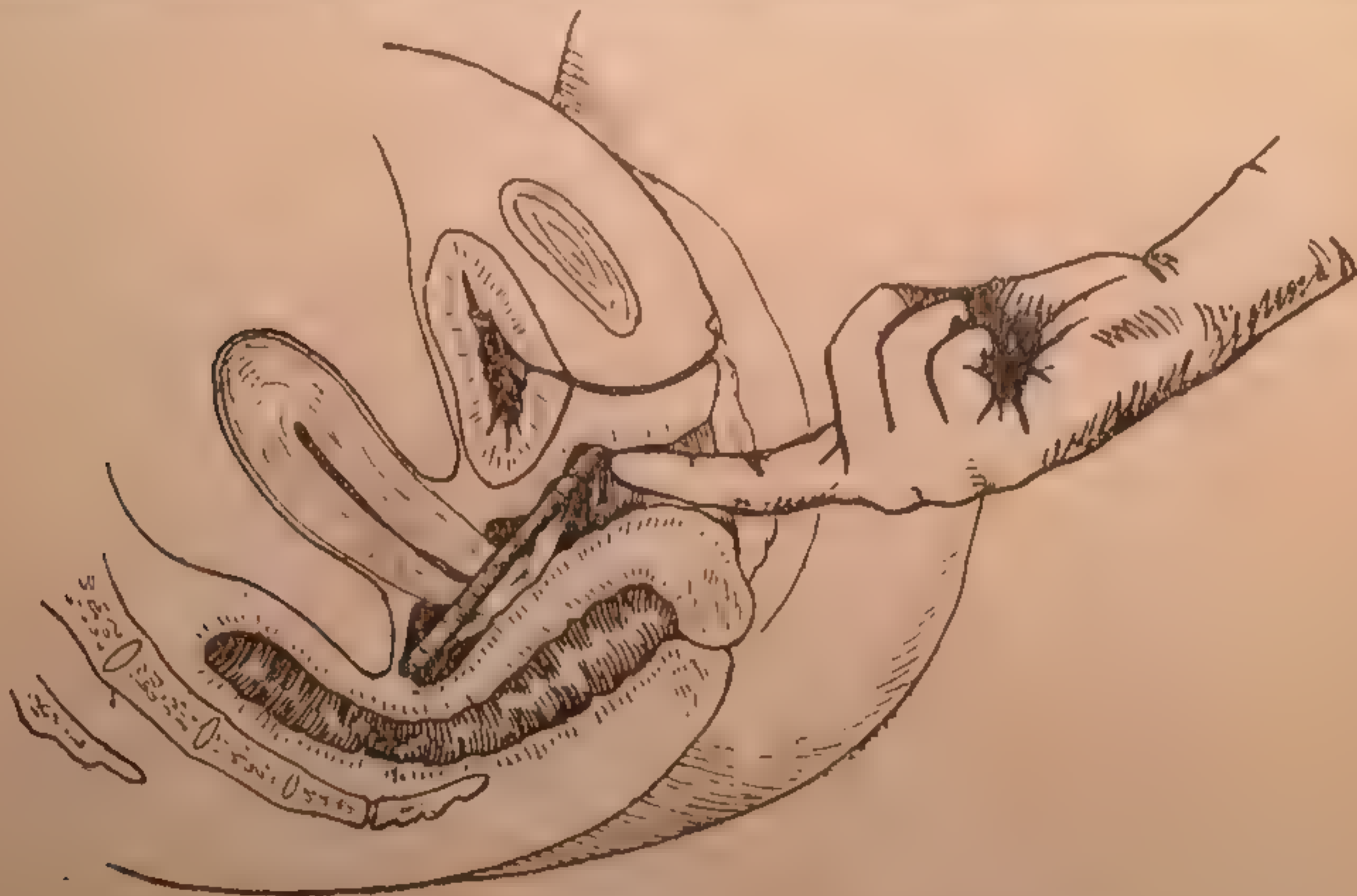


Рис. 348. Положение колпачка во влагалище.

пользоваться, проводит акушерка. Рекомендуемые средства должны быть прежде всего безвредны для здоровья женщины.

К сожалению, некоторые женщины еще и теперь применяют вредные для их здоровья средства; сюда относятся внутриматочные смазывания иодом, всевозможные штифты, вставляемые в матку. Эти средства вызывают воспалительные заболевания женских половых органов и в дальнейшем часто приводят к полному бесплодию. Вредно действует также прерванное половое сношение.

СИСТЕМА РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Стационар родильного дома (родильное отделение больницы)

Существуют две системы оказания родильной помощи: стационарная (родильный дом) и разъездная (или помощь на дому).

При стационарной системе родовспоможения родильная помощь оказывается в родильном доме, родильном отделении при больнице или в колхозном родильном доме.

При разъездной системе родовспоможения родильную помощь оказывают на дому у роженицы; эту помощь оказывают акушерки, работающие на фельдшерско-акушерском пункте.

Наиболее целесообразной и совершенной является стационарная система родовспоможения, так как роды и послеродовой период при ней проводятся в надлежащей обстановке под непосредственным наблюдением акушерки, а в родильных домах — и врача.

Родильный дом представляет собой лечебное учреждение, обеспеченное в течение круглых суток дежурством врача, среднего и младшего медицинского персонала.

В связи с характером своей работы стационар родильного дома состоит из:

1) предсмотровой, или фильтра, для отбора поступающих здоровых и больных рожениц;

2) нормального акушерского отделения, состоящего из следующих частей: а) смотровая — отделение, где женщины, поступающие из предсмотровой, проходят первичную регистрацию и всю санитарную подготовку; б) предродовая, где женщина находится в первом периоде родов до момента отхождения вод; в) родовая — специальная комната, где проводятся роды; г) палата для больных эклампсией; д) послеродовые палаты, где роженица остается в течение послеродового периода; е) акушерская операционная, где проводятся все акушерские операции (влагалищные); для чревосечений должна быть отведена другая, так называемая большая, операционная; ж) отделение новорожденных с небольшими палатами или боксами для изоляции заболевших детей и небольшой палатой или боксом для недоношенных детей со специальной аппаратурой для согревания; з) моечная для мойки клеенок с оборудованной сушилкой; и) раздаточная; к) бельевая, уборные и сливы;

3) второго (сомнительного) акушерского отделения, куда помещают рожениц и рожениц с температурой выше $37,5^{\circ}$, подозрительных на какое-либо заболевание или заболевших в нормальном акушерском отделении; это отделение должно состоять по существу из тех же помещений, как и нормальное, только, понятно, в меньшем объеме; при распределении коек в родильном доме считается, что количество коек сомнительного отделения составляет в среднем 20% общего количества коек;

4) отделения патологии беременности, куда помещают женщин с патологически протекающей беременностью, беременных,

у которых возможна патология при родах (неукротимая рвота, нефропатия, кровотечение, узкий таз и т. д.); количество коек в этом отделении колеблется в пределах 8—10% общего количества коек родильного дома.

В этом отделении желательно иметь веранду, столовую, помещение для утренней гимнастики. Здесь должны быть созданы условия для рационального проведения времени и отвлечения внимания беременных от своего заболевания (рукоделие, починка чистого белья, школа материнства, легкие настольные игры). Для беременных следует организовать прогулки на открытом воздухе.

5) септического отделения, совершенно изолированного от прочих отделений родильного дома. Количество коек в нем в среднем составляет 5% общего количества акушерских коек. Палаты в септическом отделении небольшие, рассчитанные на 1—2 койки. В септическое отделение помещают тяжело заболевших родильниц. Если при родильном доме нет септического отделения, таких больных переводят в соответствующее отделение другого родильного дома или в больницу;

6) изолированного гинекологического отделения;

7) лаборатории для производства бактериологических и гистологических анализов.

В больших родильных домах оборудуются рентгеновские кабинеты.

Кроме указанных специальных лечебных отделений, родильный дом имеет так называемые подсобные отделения: бельевые отделения для чистого и грязного белья, кухню, душевую для персонала и помещение хозяйственного обслуживания, а также комнату для посетителей, в которой оборудована выставка по гигиене и уходу за новорожденными.

Колхозный родильный дом

Эта форма родильного учреждения выдвинута по инициативе колхозников. Наряду со строительством специальных типовых колхозных родильных домов, для их организации использовали лучшие дома в колхозе. К уже организовавшимся и организующимся в имевшихся ранее помещениях колхозным родильным домам предъявляются строгие требования, без удовлетворения которых родильный дом не может быть открыт.

Колхозный родильный дом рассчитан обычно на 2—3 койки; такой колхозный родильный дом может полностью обеспечить колхоз или группу колхозов (межколхозный родильный дом) с общим населением около 2 500—3 000 человек.

В колхозном родильном доме проводятся исключительно нормальные роды и нормально протекающий послеродовой период. Всех женщин, у которых отмечается патология во время беременности, к моменту родов, в родах, а равно заболевших после родов, немедленно переправляют в ближайший родильный дом или больницу.

В надлежащих случаях заболевшую роженицу или родильницу акушерка колхозного родильного дома переводит в участковую больницу или в ближайшую районную больницу. При переводе заболевшей родильницы надо помнить, что колхозный родильный дом после этого должен быть подвергнут тщательной дезинфекции, особенно та палата, где лежала заболевшая; без этого дальнейшая работа колхозного родильного дома недопустима.

При колхозном родильном доме имеется изолированное помещение для женской консультации, работу в которой проводит акушерка. Положение о колхозном родильном доме — см. приложение 1 и 2 (стр. 562).

Колхозный родильный дом работает под руководством врача, заведующего сельским врачебным участком, или врача ближайшей больницы.

Фельдшерско-акушерский пункт¹

Фельдшерско-акушерский пункт представляет первичное учреждение родильной помощи в сельских местностях; его задачей является оказание помощи при родах на дому, а также проведение консультационной работы среди беременных и родильниц своего участка.

Фельдшерско-акушерский пункт организуется в сельских местностях, где нет колхозного родильного дома, и работает под руководством и наблюдением врача медицинского участка, на территории которого он находится, или врача консультации, если таковая имеется.

Проведение родов на дому. Всех женщин с отклонениями от нормального течения беременности направляют на консультацию к врачу; для родов таких женщин заблаговременно направляют в родильный дом (родильное отделение больницы).

В том случае, когда приходится проводить роды на дому, акушерка инструктирует беременную, как нужно подготовить помещение, в котором предполагается проводить роды.

При проведении родов на дому очень важен выбор комнаты. Для проведения родов должна быть отведена самая большая и светлая комната; из комнаты выносят всю лишнюю мебель, все мягкие вещи, половики; полы моют горячей водой с мылом; комнату тщательно проветривают. Там, где имеется всего одна комната и роды необходимо провести на дому, следует все указанное сделать в данной комнате, заняв часть ее. Всю уборку должны проводить родственники беременной или кто-либо другой, но ни в коем случае не акушерка, ведущая роды; акушерка должна оберегать свои руки от загрязнения.

Кровать для роженицы предпочтительна узкая и высокая. Можно, и это даже лучше, пользоваться деревянным топчаном.

¹ В соответствии с приказом министра здравоохранения Союза ССР за № 870 фельдшерские и акушерские пункты реорганизованы в фельдшерско-акушерские пункты.

Кровать или топчан моют горячей водой с мылом и ставят посреди комнаты, чтобы к роженице был доступ со всех сторон. На дощатую поверхность кровати или топчана кладут тюфяк — чистый большой мешок, рыхло набитый чистой свежей соломой; тюфяк покрывают клеенкой. Поверх клеенки кладется сложенная поперек чистая простыня и подушка в чистой наволочке.

Если санитарную подготовку роженицы приходится проводить на этой же кровати, то после подготовки сменяют постельное белье и роженицу покрывают чистой простыней, а сверху чистым легким одеялом.

Необходимо заблаговременно приготовить в достаточном количестве кипяченую воду, как горячую, так и остуженную. Для этого ставят имеющийся в доме самовар, чайники или кипятят воду в большом чугуне. Заблаговременно должны быть прокипчены ножницы, наготове должна быть стерильная марля, стерильная вата и 2—3 стерильных бинта разной ширины, перевязка для пуповины. Запасаются иодом и спиртом, обжигают спиртом большую миску для раствора сулемы (1 : 1 000). При оказании помощи на дому акушерка обычно имеет при себе специальную акушерскую сумку, в которой все перечисленное ниже имеется в готовом для пользования виде (стр. 553 и 554).

В случае возникновения какого-либо осложнения во время родов при проведении их на дому акушерка срочно вызывает врача или доставляет роженицу в ближайший стационар (в зависимости от состояния женщины и условий транспорта).

Отправляемую женщину акушерка сопровождает лично, имея при себе акушерскую сумку.

В неотложных случаях, при полной невозможности вызвать врача, акушерке разрешается производить без применения наркоза следующие акушерские пособия и операции: а) поворот на ножку при поперечном положении плода, полном открытии маточного зева, целых или только что отошедших водах; б) ручное пособие при тазовом предлежании плода; в) извлечение плода за тазовый конец; г) ручное отделение последа; д) рассечение промежности; е) наложение швов при разрывах промежности первой и второй степени.

После рождения последа акушерка тщательно осматривает детское место и оболочки; целость их отмечает в специальном листке, который в дальнейшем хранится в архиве фельдшерско-акушерского пункта.

Если все обстоит благополучно, акушерка остается у родильницы в течение 4 часов; в дальнейшем, в течение первых 8 дней после родов, акушерка обязательно посещает родильницу по возможности ежедневно и во всяком случае обязательно на 2-й, 3-й и на 8-й день после родов, причем ведет наблюдение за родильницей и ребенком. После отпадения пуповины у новорожденного акушерка показывает матери, как правильно купать ребенка.

Список предметов, входящих в акушерскую сумку для оказания родильной помощи на дому

№ п/п	Наименование предметов	Количество
1	Зажимы кровоостанавливающие зубчатые длиной 16 см	2 шт.
2	Иглы хирургические режущие	6 "
3	Иглодержатели с кольцевыми ручками и кремальерой длиной 20 см	1 "
4	Катетеры уретральные мужские металлические длиной 6 мм	1 "
5	Кетгут в ампулах	1 ампула
6	Ножницы хирургические прямые 14 см	1 шт.
7	» для пересечения пуповины	1 "
8	Пинцеты анатомические длиной 13 см	2 "
9	Стерилизаторы с сеткой для инструментов	1 "
10	Стетоскопы акушерские	1 "
11	Тазомер	1 "
12	Шелк хирургический в ампулах	1 ампула
13	Шприц «Рекорд» емкостью 2 мл с 4 иглами	1 шт.
14	Катетеры резиновые	1 "
15	Кружка Эсмарха с прибором	1 "
16	Лента сантиметровая	2 "
17	Наконечники клистирные	1 "
18	Наконечники маточные	1 пара
19	Перчатки резиновые	2 шт.
20	Пипетки глазные	1 "
21	Спринцовки резиновые	1 "
22	Пузыри резиновые для льда	1 "
23	Стаканы для приема лекарств с внутренней градуировкой емкостью 30 мл	1 "
24	Термометры в деревянной оправе для воды	1 "
25	Термометры максимальные	1 "

№ п/п	Наименование предметов	Количество
Перевязочный материал		
1	Бинты стерильные марлевые	2 шт.
2	Вата гигроскопическая	200 г
3	Лигатура для перевязки пуповины (шелк)	1 моток
4	Марля	1,5 м
Белье		
1	Клеенка подкладная	1 м
2	Пеленки-подстилки	7 шт.
3	Полотенца	2 "
4	Простыни	2 "
5	Рубашки женские	2 "
6	Халаты	1 "
7	Судна подкладные	1 "
8	Мыло	1 кусок
9	Щетки ручные	2 шт.
10	Мыльницы	1 "
Медикаменты		
1	Вазелиновое масло	25 г
2	Камфорное масло в ампулах	12 ампул
3	Марганцовокислый калий	5 г
4	Настойка иода	20 "
5	Настойка валерианы	5 "
6	Поваренная соль по 0,5 в таблетках	10 таблеток
7	Раствор азотнокислого серебра 2% (свежий)	5 г
8	Раствор кофеина в ампулах	10 ампул
9	Раствор морфина в ампулах	4 ампулы
10	Сернокислая магнезия	60 г
11	Спирт денатурированный	50 "
12	Сулемеа в таблетках	12 таблеток
13	Эрготин в ампулах	6 ампул

Укладка:

1) инструментарий, перевязочный материал и медикаменты — в одной матерчатой сумке;

2) белье — в другой сумке;

3) подкладное судно — в третьей сумке.

Примечание. Предметами акушерской сумки следует пользоваться только при оказании родильной помощи на дому у роженицы; в других случаях акушерской сумкой не пользуются. Акушерскую сумку по мере расходования тех или иных предметов необходимо немедленно пополнять.

В течение 8 недель после родов акушерка обязана сделать, кроме того, еще два посещения.

Культурно-просветительная работа акушерки фельдшерско-акушерского пункта имеет целью привить женщинам гигиенические навыки, научить их уходу за собой и ребенком и изжить бытовые предрассудки. В беседах среди женщин или на специально организованных собраниях акушерка уделяет особое внимание разъяснению вреда аборта; она разъясняет населению советское законодательство о правах матери и ребенка; для оказания социально-правовой помощи направляет мать в соответствующие органы; выявляет лиц, производящих преступные аборты, информирует судебные и следственные органы об этих случаях.

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта должна быть хорошим специалистом, активным общественным работником, пользоваться безграничным доверием колхозниц; ее должны ценить и любить.

Всю работу акушерка ведет по заранее намеченному плану-расписанию; четко ведет документацию и бережно хранит ее. Только при этом условии фельдшерско-акушерский пункт оправдывает свое назначение.

Акушерка — это квалифицированный специалист и одновременно организатор родовспоможения. Ей вверены жизнь матери и новорожденного. Она должна хорошо и быстро ориентироваться в любых условиях, немедленно принимать верное решение, находить правильный выход. Главное же, акушерка должна уметь заранее предвидеть возможные осложнения и своевременно предупреждать их.

Блестящие успехи, которых добилось советское родовспоможение, обусловлены не только тем, что наши медицинские работники, в том числе и акушерки, являются хорошими специалистами, но не это является основной причиной наших успехов. Блестящими успехами мы обязаны чрезвычайно эффективной системе организации советского родовспоможения, призванного беречь и укреплять здоровье женщины и ребенка.

Акушерка, конечно, должна уметь оказать скорую помощь при любой акушерской патологии, как, например, при угрожающем разрыве матки, припадке эклампсии, кровотечении. Однако если такие случаи на участке, где работает акушерка, встречаются часто, то, как бы хорошо ни оказывала помощь акушерка, ее работу в целом надо признать неудовлетворительной, не отвечающей принципам советского родовспоможения, принципам профилактического направления советской медицины.

Там, где акушерка активна, где она сумела хорошо организовать свою работу, имеет четкий план и выполняет его, где она сумела организовать вокруг своей работы актив из женщин-об-

ществениц, мобилизовала внимание общественных организаций, — забота о женщине-матери и ее ребенке поставлена на должную высоту.

На участке такой акушерки охвачены медицинской помощью все роды, роженицы обеспечиваются своевременно необходимым транспортом, питанием; беременные своевременно переводятся на более легкую работу, своевременно получают дородовой отпуск, а при малейшем отклонении от нормального течения беременности своевременно направляются в стационар.

На участке такой акушерки нет запущенной акушерской патологии, почти нет патологии, с которой бы беременная или роженица поступала неожиданно; на участке такой акушерки и минимальный процент подпольных аборт.

Социально-правовые кабинеты

Интересы матери и ребенка, охраняются законами, изданными в Советском государстве. Нигде в мире материнство не окружено такой заботой, как в советской стране, нигде не создано столько правовых предпосылок для нормального выполнения функций материнства. Законы об охране труда беременных и матерей, кормящих грудью, законы о семье и браке, ряд статей Уголовного кодекса охраняют здоровье и интересы матери и ребенка.

Советское законодательство о труде создает все необходимые условия для активного участия женщин в производстве, для обеспечения им здоровых условий труда, для охраны счастливого материнства.

На фоне величайших достижений Советского Союза особенно мрачно выглядит бесправное, унижительное положение матери в капиталистических странах, где женский труд подвергается самой бессовестной эксплуатации. Принцип равной оплаты за равный труд мужчин и женщин ни в одной из капиталистических стран не осуществим. В США, в Англии заработная плата женщины составляет только 50—60% заработка мужчины.

Еще более тягостны условия труда и быта женщин в колониальных странах.

Статья 122 Конституции Союза ССР гласит: «Женщине в СССР предоставляются равные права с мужчиной во всех областях хозяйственной, государственной, культурной и общественно-политической жизни.

Возможность осуществления этих прав женщин обеспечивается предоставлением женщине равного с мужчиной права на труд, оплату труда, отдых, социальное страхование и образование, государственной охраной интересов матери и ребенка, государственной помощью многодетным и одиноким матерям, предоставлением женщине при беременности отпусков с сохранением содержания, широкой сетью родильных домов, детских яслей и садов».

В Советском Союзе предусмотрено запрещение труда женщин в особо тяжелых и вредных производствах (ст. 129 Кодекса законов о труде), если в них еще не проведены специальные рационализаторские и оздоровительные мероприятия.

Беременные женщины не допускаются к ночным работам (ст. 131 Кодекса законов о труде); начиная с 4 месяцев беременности, женщины освобождаются от сверхурочной работы на предприятиях и в учреждениях (ст. 7 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8/VII 1944 г.). Начиная с 5 месяцев беременности женщин не могут посылать в командировку вне места постоянной работы без их согласия (ст. 133 Кодекса законов о труде).

Женщин, имеющих грудных детей, не привлекают в течение всего периода кормления ребенка к работам в ночное время (ст. 7 Указа от 8/VII 1944 г.); запрещается привлекать их к сверхурочным работам на все время кормления (ст. 131 Кодекса законов о труде РСФСР).

При переводе беременной на другую, более легкую работу она продолжает получать прежнюю заработную плату (из расчета среднего заработка за последние 6 месяцев работы). Беременным женщинам работницам и служащим и матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, руководители предприятий и учреждений обязаны разрешать переход на другую работу по месту жительства с сохранением непрерывного трудового стажа. Указ от 8/VII 1944 г. предусматривает увеличение льгот для беременных женщин, матерей. Увеличен отпуск по беременности и родам женщинам работницам и служащим с 63 до 77 календарных дней, из них 35 дней до родов и 42 дня после родов, с выдачей за этот период пособия за государственный счет в установленных размерах. В случае ненормальных родов или рождения двойни отпуск после родов удлиняется до 56 календарных дней (ст. 6). Указанный отпуск предоставляется всем беременным женщинам, независимо от стажа работы на данном предприятии или в учреждении (разъяснение ВЦСПС от 22/X 1945 г.). Беременным женщинам обязаны предоставлять очередной отпуск, приуроченный к отпуску по беременности и родам, независимо от стажа работы. Только в исключительных случаях, с разрешения в каждом отдельном случае инспектора труда, допускается увольнение беременных женщин, имеющих детей в возрасте до одного года. Порядок увольнения беременных установлен постановлением Наркомтруда РСФСР от 1922 г., а одиноких женщин с детьми до одного года — постановлением Наркомтруда РСФСР от 1925 г.

Особое значение в охране здоровья ребенка имеет закон о перерывах в работе для кормления его (ст. 134 Кодекса законов о труде РСФСР и соответствующие статьи других союзных республик). Перерывы на кормление грудью должны предоставляться в течение рабочего дня работницам и служащим не реже чем

через каждые 3½ часа, длительностью не менее получаса. Эти перерывы предоставляются помимо обеденных перерывов и входят в счет рабочего времени.

В отношении охраны труда колхозниц Устав сельскохозяйственной артели предусматривает освобождение от работы беременных и кормящих женщин «за месяц до родов и на месяц после родов с сохранением за ними содержания на эти 2 месяца в половинном размере средней выработки ими трудодней» (ст. 14 Примерного устава сельскохозяйственной артели).

О переводе беременных колхозниц на более легкую работу акушерке следует договариваться с председателем колхоза, разъяснив ему вредность работы, выполняемой беременной, как для нее, так и для будущего ребенка.

В отношении колхозниц-трактористок МТС действует специальное постановление, согласно которому трактористки за 2 месяца до родов освобождаются от работы на тракторе и переводятся на легкую работу в колхозе и допускаются к работе на тракторе не ранее чем через 2 месяца после родов.

Эти законы и распоряжения надо знать и акушеркам, которые в своей работе ежедневно сталкиваются с вопросами бытового, а следовательно, и правового обслуживания матерей и детей. Эти вопросы возникают в женской консультации (борьба с абортами, нарушения трудовых прав женщины), в детской консультации (улучшение жилищных условий ребенка), в стационаре родильного дома — все это вопросы борьбы с детской заболеваемостью, с детской смертностью.

Таким образом, правовая помощь матери и ребенку тесно связана с задачами родовспоможения. Но этим задачи правовых кабинетов не исчерпываются. Правовая помощь без одновременного оказания социальной помощи в значительном числе случаев была бы малоэффективной.

Работа по социально-правовой помощи ведется в направлении своевременного выявления одиноких матерей, оставленных мужьями в период беременности, разведенных, беременных домашних работниц, женщин, у которых неблагоприятные семейные и бытовые условия. Один уже перечень вопросов, подлежащих вниманию социально-правового работника, предreshает характер и цель оказываемой помощи. В задачи социально-правовых работников входит и настойчивая борьба с абортами.

Социально-правовая помощь матери. Если одинокая женщина не была взята на учет в женской консультации, она должна быть взята на учет социально-правовым работником немедленно по поступлении ее в стационар родильного дома.

Часто даже один такой факт, что беременная не обращается в женскую консультацию, уже сигнализирует о том, что не все обстоит благополучно; это и выясняется при опросе беременной и родильницы в родильном доме. Появление консультанта-юриста

или сестры социально-правовой помощи в стационаре родильного дома, в палатах, где лежит родильница, — величайшее достижение советского законодательства в деле охраны здоровья матери, родившемуся ребенку. В задачи социально-правового работника родильного дома входит детальный опрос, учет мельчайших косвенных данных, например, пользовалась ли опрашиваемая отпуском, посещала ли консультацию, приготовила ли детские вещи, приносят ли ей передачи (следовательно, знают ли родные о родах), прописана ли она, каково отношение к ней отца ребенка, кто привел ее в родильный дом, придут ли за ней, пишут ли ей, наблюдение за тем, как мать кормит ребенка и кормит ли и т. д. В задачи работника социально-правовой помощи входит вовлечение всего медицинского персонала в наблюдение за матерью, вызывающей опасение с точки зрения ненормальных условий ее семейной жизни; обследование ее бытовых условий во время нахождения ее в родильном доме, вызов отца ребенка, вызов родных для урегулирования жилищного вопроса; выдача детских вещей и пособия матери; отправка ее и ребенка домой с провожатым и немедленное установление патронажа и т. д. Все эти мероприятия ведут к тому, что мать, получая помощь, не чувствует себя одинокой, начинает привыкать к ребенку, и, таким образом, самое трудное время остается позади.

Вся эта работа проводится не только работником социально-правовой помощи. Уже во время заполнения истории родов в смотровой, в палате акушерка должна путем расспросов установить, нет ли у данной женщины в быту таких обстоятельств, для благополучного разрешения которых требуется вмешательство юриста. О таких женщинах акушерка доводит до сведения социально-правового кабинета; в дальнейшем работник социально-правовой помощи следит за тем, чтобы женщина получила ту помощь, на которую она вправе рассчитывать.

О женщинах, нуждающихся в юридической помощи, акушерка доводит до сведения палатного врача. Особое внимание она должна проявить при выписке этих женщин из родильного дома. Такую женщину можно выписать только тогда, когда палатная акушерка получила сведения, что социально-правовой кабинет или работающий в родильном доме социально-правовой работник сделал все для помощи родильнице. В условиях работы на селе все это целиком лежит на акушерке колхозного родильного дома. Своевременное оказание юридической помощи беременной и родильнице является непременным условием лечебно-охранительного режима.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА

Первый день последней менструации	Шевеление плода	Отпуск до родов (35 дней)	Роды	Отпуск после родов	
				42 дня	56 дней
5/I	25/V	7/IX	12/X	23/XI	7/XII
10/I	30/V	12/IX	17/X	28/XI	12/XII
15/I	4/VI	17/IX	22/X	3/XII	17/XII
20/I	9/VI	22/IX	27/X	8/XII	22/XII
25/I	14/VI	27/IX	1/XI	13/XII	27/XII
30/I	19/VI	2/X	6/XI	18/XII	1/I
5/II	25/VI	8/X	12/XI	24/XII	7/I
10/II	30/VI	13/X	17/XI	29/XII	12/I
15/II	5/VII	18/X	22/XI	3/I	17/I
20/II	10/VII	23/X	27/XI	8/I	22/I
25/II	15/VII	28/X	2/XII	13/I	27/I
5/III	23/VII	5/XI	10/XII	21/I	4/II
10/III	28/VII	10/XI	15/XII	26/I	9/II
15/III	2/VIII	15/XI	20/XII	31/I	14/II
20/III	7/VIII	20/XI	25/XII	5/II	19/II
25/III	12/VIII	25/XI	30/XII	10/II	24/II
30/III	17/VIII	30/XI	4/I	15/II	1/III
5/IV	23/VIII	6/XII	10/I	21/II	7/III
10/IV	28/VIII	11/XII	15/I	26/II	12/III
15/IV	2/IX	16/XII	20/I	3/III	17/III
20/IV	7/IX	21/XII	25/I	8/III	22/III
25/IV	12/IX	26/XII	30/I	13/III	27/III
30/IV	17/IX	31/XII	4/II	18/III	1/IV
5/V	22/IX	5/I	9/II	23/III	6/IV
10/V	27/IX	10/I	14/II	28/III	11/IV
15/V	2/X	15/I	19/II	2/IV	16/IV
20/V	7/X	20/I	24/II	7/IV	21/IV
25/V	12/X	25/I	1/III	12/IV	26/IV
30/V	17/X	30/I	6/III	17/IV	1/V
5/VI	23/X	5/II	12/III	23/IV	7/V
10/VI	28/X	10/II	17/III	28/IV	12/V
15/VI	2/XI	15/II	22/III	3/V	17/V
20/VI	7/XI	20/II	27/III	8/V	22/V
25/VI	12/XI	25/II	1/IV	13/V	27/V
30/VI	17/XI	2/III	6/IV	18/V	1/VI
5/VII	22/XI	7/III	11/IV	23/V	6/VI
10/VII	27/XI	12/III	16/IV	28/V	11/VI
15/VII	2/XII	17/III	21/IV	2/VI	16/VI
20/VII	7/XII	22/III	26/IV	7/VI	21/VI
25/VII	12/XII	27/III	1/V	12/VI	26/VI
30/VII	17/XII	1/IV	6/V	17/VI	1/VII
5/VIII	23/XII	7/IV	12/V	23/VI	7/VII
10/VIII	28/XII	12/IV	17/V	28/VI	12/VII
15/VIII	2/I	17/IV	22/V	3/VII	17/VII
20/VIII	7/I	22/IV	27/V	8/VII	22/VII
25/VIII	12/I	27/IV	1/VI	13/VII	27/VII
30/VIII	17/I	2/V	6/VI	18/VII	1/VIII

1. Установлены сроки беременности, родов, послеродового отпуска. 2. В случае уменьшения срока беременности, родов, послеродового отпуска. 3. Если женщина работает в условиях, вредных для здоровья. 4. При наличии осложнений беременности, родов, послеродового периода.

Первый день последней менструации	Шевеление плода	Отпуск до родов (35 дней)	Роды	Продолжение	
				Отпуск после родов	
				42 дня	56 дней
5/IX	23/I	8/V	12/VI	24/VII	7/VIII
10/IX	28/I	13/V	17/VI	29/VII	12/VIII
15/IX	2/II	18/V	22/VI	3/VIII	17/VIII
20/IX	7/II	23/V	27/VI	8/VIII	22/VIII
25/IX	12/II	28/V	2/VII	13/VIII	27/VIII
30/IX	17/II	2/VI	7/VII	18/VIII	1/IX
5/X	22/II	7/VI	12/VII	23/VIII	6/IX
10/X	27/II	12/VI	17/VII	28/VIII	11/IX
15/X	4/III	17/VI	22/VII	2/IX	16/IX
20/X	9/III	22/VI	27/VII	7/IX	21/IX
25/X	14/III	27/VI	1/VIII	12/IX	26/IX
30/X	19/III	2/VII	6/VIII	17/IX	1/X
5/XI	25/III	8/VII	12/VIII	23/IX	7/X
10/XI	30/III	13/VII	17/VIII	28/IX	12/X
15/XI	4/IV	18/VII	22/VIII	3/X	17/X
20/XI	9/IV	23/VII	27/VIII	8/X	22/X
25/XI	14/IV	28/VII	1/IX	13/X	27/X
30/XI	19/IV	2/VIII	6/IX	18/X	1/XI
5/XII	24/IV	7/VIII	11/IX	23/X	6/XI
10/XII	29/IV	12/VIII	16/IX	28/X	11/XI
15/XII	4/V	17/VIII	21/IX	2/XI	16/XI
20/XII	9/V	22/VIII	26/IX	7/XI	21/XI
25/XII	14/V	27/VIII	1/X	12/XI	26/XI
30/XII	19/V	1/IX	6/X	17/XI	1/XII

Правила пользования календарем

1. Установив первый день последней менструации, по горизонтальной линии определяют даты: первое шевеление плода, начало отпуска до родов, день родов и сроки окончания послеродового отпуска (после нормальных и патологических родов). Календарь составлен по пятидневкам (из календаря В. А. Петрова); поэтому если первый день последней менструации не соответствует 5-му, 10-му и т. д. дню месяца, то соответственно изменяются все остальные даты. Например, если первый день последней менструации 8 августа 1953 г., шевеление плода 26 декабря, отпуск до родов (35 дней) с 10 апреля 1954 г., роды — 15 мая; отпуск после родов (42 дня) — до 26 июня 1954 г.

2. В високосном году сроки отпусков и родов в январе и феврале следует уменьшить на один день.

3. Если последующий год високосный, то, начиная с 1 марта, все сроки следует уменьшить на один день.

4. При пользовании календарем необходимо также учитывать объективные данные акушерского исследования (высота стояния дна матки над симфизом, величина головки плода, окружность живота и др.).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПОЛОЖЕНИЕ О КОЛХОЗНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ¹

1. Колхозный родильный дом представляет собой родовспомогательное учреждение с постоянными койками, организуемое в основном на средства колхозов в целях максимального приближения стационарной родильной помощи к колхозному населению.

2. Организацией колхозного родильного дома руководят местные органы здравоохранения, опираясь на самостоятельность и средства колхозов и колхозников, причем 75% стоимости их организации относится за счет колхозов и 25% — за счет государственного бюджета.

3. Органы здравоохранения:

а) назначают в колхозные родильные дома опытных акушерок, содержание которых (зарплата) обеспечивается райздравотделом;

б) снабжают колхозные родильные дома за счет колхозов предметами медицинского оборудования, инструментами и медикаментами;

в) руководят всей работой колхозных родильных домов и несут полную ответственность за постановку дела в них.

Для непосредственного руководства и наблюдения каждый колхозный родильный дом прикрепляется здравотделом к врачу ближайшего медицинского участка или больницы, который контролирует работу родильного дома, выезжая в него периодически, не реже одного раза в месяц, а также по вызову акушерки.

4. Со своей стороны колхозы, организующие у себя родильный дом, берут на себя расходы, связанные с его устройством, оборудованием и содержанием.

В частности, колхозы обязаны:

а) приспособить и отремонтировать соответственным образом по указанию райздрава существующее помещение либо выстроить новое, отвечающее задачам родильного дома; предоставить акушерке родильного дома помещение для жилья;

б) обеспечить родильный дом необходимым инвентарем, твердым и мягким, предметами медицинского оборудования и ухода по нормам, при сем прилагаемым;

в) регулярно снабжать родильный дом топливом, заблаговременно заготовив запас его на зимний сезон, освещением, водой и прочими услугами и транспортом;

г) оплачивать расходы по содержанию санитарок и стирке белья;

д) организовать питание родильниц и рожениц, обеспечив их горячей пищей.

5. В колхозном родильном доме должно быть не менее 2 и не более 5 послеродовых коек, из расчета 1 койка примерно на 1 тысячу населения.

6. В колхозном родильном доме, как новостроящемся, так и приспособленном, должны быть минимально следующие обязательные помещения:

сени (теплые), в которых родильница оставляет свою верхнюю одежду; приемная, причем в случае невозможности выделить специальную комнату для санитарной обработки роженицы, в приемной отгораживается перегород-

¹ Утверждено народным комиссаром здравоохранения Союза ССР 21 января 1938 г.

кой место для этой цели, где должен быть устроен котел (куб) для горячей воды;
родовая палата площадью примерно 10—12 кв. м;
послеродовая палата из расчета примерно 6 кв. м. на 1 материнскую койку вместе с детской;
кухня;
теплая уборная.

Примечание. Отдельная детская в колхозных родильных домах не устраивается, детские койки должны быть размещены в послеродовой палате отдельно от материнских и возможно дальше от них.

Равным образом в колхозных родильных домах изолятор не устраивается, но лихорадящие родильницы не должны задерживаться и подлежат немедленной эвакуации.

7. Колхозный родильный дом должен находиться на расстоянии примерно 6—8 км от врачебного участка, к которому он прикреплен. При наличии хорошей дороги, телефонной связи и транспорта расстояние это может быть увеличено до 10—15 км.

Примечание. Превышение этого радиуса допускается не иначе, как с разрешения в каждом отдельном случае край(обл)здравотдела.

8. Помещение, отведенное под колхозный родильный дом, должно быть предварительно осмотрено санитарным врачом или врачом медицинского участка, которые дают свое заключение о пригодности помещения.

9. Для организации колхозного родильного дома требуется:

- а) заключение договора между райздравотделом и правлением колхоза, в котором должны быть подробно установлены обязанности обеих сторон;
- б) разрешение соответствующего край(обл)здравотдела.

Примечание. Колхозные родильные дома могут организовываться группой колхозов по соглашению их правлений, обязанности и взаимоотношения которых должны быть оговорены в договоре с райздравотделом.

10. Край(обл)здравы дают разрешение на открытие колхозного родильного дома, установив предварительно, на основании представленных райздравотделом материалов или специального своего обследования, что открываемый родильный дом соответствует требованиям настоящего Положения

Приложение 2

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ АКУШЕРКИ КОЛХОЗНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА¹

1. Общая часть

В круг обязанностей акушерки колхозного родильного дома входят:

1. Проведение нормальных родов в родильном доме или на дому у колхозниц, которые не в состоянии прибыть в родильный дом.
2. Проведение учета и патронажа беременных в районе обслуживаемых родильным домом колхозов.
3. Проведение консультационной работы, отбора патологических случаев беременности и своевременное направление их в консультацию, амбулаторию или в участковые (районные) больницы.
4. Наблюдение за родильницей и за новорожденным на дому после выписки их из родильного дома (до окончания послеродового периода).
5. Дача заключений о сроке беременности на предмет предоставления колхознице дородового отпуска и перевода ее в необходимых случаях на более легкую работу.
6. Проведение массовой санитарно- и культурно-просветительной работы среди колхозниц.

¹ Утверждена Наркомздравом Союза ССР 2/XII 1937 г.

II. Работа в родильном доме

Медицинская часть

А. Правила личной гигиены и подготовка персонала родильного дома

7. Акушерка и санитарка (няня) колхозного родильного дома должны тщательно исполнять все правила личной гигиены: соблюдать чистоту своего тела и в особенности рук и ногтей. Ношение халата и косынки (колпачка) в родильном доме, как равно в консультации при нем, является совершенно обязательным как для акушерки, так и для санитарки. Уходить к себе на квартиру в халате строго воспрещается.

8. Персонал колхозного родильного дома должен решительно избегать всякого соприкосновения с инфекционными или гнойными больными, помня, что он может быть призван к оказанию родильной помощи в любую минуту, когда самая тщательная дезинфекция и подготовка рук может оказаться недостаточной для устранения опасности передачи инфекции роженице.

9. Приступая к наружному исследованию роженицы (или беременной) в родильном доме, акушерка должна тщательно вымыть руки с мылом теплой водой при помощи щеток.

10. Перед внутренним исследованием роженицы, а также при приеме родов акушерка подготавливает руки...

Б. Прием роженицы и санитарная подготовка ее

11. Во время патронажа беременных акушерка должна дать им все указания о том, как они должны заранее подготавливаться к родам, согласно правилам гигиены.

С появлением первых схваток роженица должна надеть на себя чистое белье, по возможности хорошо проутюжив его перед этим, и чистую одежду.

12. Роженицы подлежат приему в колхозный родильный дом с самого начала родовой деятельности.

13. Придя в родильный дом, роженица снимает с себя верхнюю одежду, обувь (валенки) и головной платок в сенях. Вся ее одежда передается провожатым. Хранение верхних вещей (тулупа, валенок и т. п.) в помещении родильного дома категорически воспрещается. Оставлять нижнюю одежду в родильном доме тоже нежелательно и допустимо лишь в виде исключения; в таких случаях вещи укладываются в вещевой мешок, который хранится в особом шкафу, находящемся в сенях.

14. Из сеней роженица поступает в приемную-смотровую, где ей прежде всего производится измерение температуры. Если температура у нее нормальная и нет других признаков инфекционной болезни (учащенный пульс, кожные сыпи и т. д.), то она считается принятой и раздевается. В смотровой роженица подвергается наружному акушерскому осмотру. После осмотра роженице ставится клизма.

15. Роженицы с повышенной температурой (свыше $37,5^{\circ}$) и с признаками инфекционного заболевания (боль в горле, сыпь и пр.) приему в колхозный родильный дом не подлежат. Такие роженицы направляются в ближайшую больницу, если это допускает их состояние, или к себе домой. В этих случаях акушерка колхозного родильного дома разрешает их на дому. После проведения родов на дому у лихорадящей роженицы акушерка сменяет на себе платье и белье, подвергает дезинфекции свои руки и моется в бане.

16. Санитарной обработке роженица подвергается в отведенном для этого помещении, обычно составляющем отгороженную часть смотровой. Здесь должно быть приготовлено достаточное количество горячей воды в кубе или в большом самоваре. Желательно устройство душа хотя бы в простейшей форме (из подвешного ведра с приспособленной к нему воронкой от садовой лейки). Перед мытьем роженицы волосы на голове ее вычесываются частым гребешком, который хранится в банке с обеззараживающим раствором. Мытье головы производится всем принятым роженицам.

При необходимости корни волос протираются раствором сабадиллы или керсином. После этого на голову надевается чепчик из клеенки. Особенное внимание следует обратить на мытье ног и рук; ногти на них остригаются. Санитарная обработка роженицы производится согласно установленным для этого правилам (бритье волос на лобке, мытье всего тела, ополаскивание половых частей дезинфицирующим раствором).

Примечание. Мытье роженицы посредством погружения в ванну не разрешается.

Строго воспрещается производить спринцевание влагалища и вводить в него наконечник.

17. Все необходимые для санитарной обработки приборы и предметы, как-то: щетки для рук, наконечники для клизм, мыло, мочалка, стерильный материал, инструменты и пр., должны находиться в смотровой и храниться в специально предназначенных сосудах, банках или коробках, имеющих соответствующие надписи. Необходимые для работы предметы извлекаются из этих сосудов только посредством стерильного корнцанга, который в свою очередь хранится в стерильной банке с обеззараживающим раствором. Свежепрокипяченные щетки, мочалка, наконечник и свежее полотенце должны подаваться для каждой роженицы в отдельности.

18. Все описанные манипуляции по санитарной обработке роженицы производятся самой акушеркой при помощи няни, за исключением следующих: вычесывание и мытье головы, обмывание тела, стрижка ногтей и клизма. Эти процедуры производятся няней под наблюдением акушерки. Необходимо строжайшим образом соблюдать правила о том, чтобы санитарка (няня) не прикасалась к половым частям роженицы и была использована исключительно в качестве подсобной рабочей силы. Прибегать к помощи родных и близких роженицы за все время пребывания ее в колхозном родильном доме категорически воспрещается.

Примечание. Посетители, как правило, к родильницам не допускаются за все время их пребывания в родильном доме.

В. Санитарно-гигиенический уход за роженицей и родильницей (в родовой и послеродовой палате)

19. Каждая роженица (и родильница) должна иметь свое отдельное подкладное судно.

20. Внутреннее исследование в течение родов производится по следующим показаниям:

а) при кровотечениях;

б) при двойнях (если роды вторым плодом затянулись свыше двух часов)...

г) при затянувшихся родах, когда предлежащая часть не продвигается вперед, несмотря на хорошую родовую деятельность.

21. Внутреннее исследование надо производить, придерживаясь определенной системы, но по возможности быстро, не затягивая его без нужды. Необходимо щадить плодный пузырь, а также внутреннюю поверхность шейки и, не производя в ней никаких манипуляций, определить только степень сглаживания и открытия. Порядок исследований такой: степень сглаживания (укорочения) шейки, раскрытия зева, наличие плодного пузыря, предлежащая часть, ее подвижность, местонахождение ее в тазу, состояние влагалища.

22. Категорически воспрещается производить массаж или разминание матки, потягивание за пуповину и прочие манипуляции для ускорения отделения детского места, так как они могут повести к неполному его отделению и задержке частей его.

Вышедший послед тщательно осматривается для определения его цели, о чем делается запись в листке.

23. В неотложных случаях, при полной невозможности вызвать врача, акушерка производит без применения наркоза следующие акушерские пособия и операции:

поворот на ножку;

извлечение плода за тазовый конец;

ручное отделение последа и

наложение швов на промежность при разрывах I и II степеней.

24. Все инструменты, приборы и материалы, которыми акушерка пользуется в родовой палате, должны находиться в определенном для них месте. Они извлекаются из сосудов, в которых хранятся, посредством стерильного корнцанга.

25. Освободившиеся после перевода родильницы в палату кровать, постельное белье подвергаются санитарной обработке, согласно установленным правилам (см. п. 32). Судна кипятятся, ополаскиваются и вытираются досуха.

26. Уборка родильницы производится два раза в день обязательно акушеркой (с помощью санитарки) следующим образом: из кувшина поливаются теплой (прокипяченной) водой внутренние части бедер и паховые складки при обмывании их марлевым компрессом, захваченным в зажим Кохера. После уборки каждой родильницы зажимы Кохера кипятятся.

При уборке родильниц со швами область швов осторожно обмывается кипяченой водой и осушается.

27. Температура измеряется у родильниц в 6—7 часов утра и в 3—4 часа дня, после чего немедленно заносится в листок.

28. На четвертые сутки после родов кишечник родильницы освобождается посредством касторового масла (если он до этого не действовал самостоятельно).

29. Снятие швов производится с помощью стерильного пинцета и ножниц, при раздвинутых ногах родильницы и хорошем освещении промежности.

30. Наволочки и пододеяльники меняются один раз за время установленного пребывания родильницы на койке (не менее 6 дней). Нательное белье и простыни сменяются за этот срок два раза. Подстилка, как правило, сменяется два раза в день после уборки.

31. После уборки все подкладные судна тщательно моются в горячей воде мылом и вытираются досуха ветошью.

32. После перевода родильницы клеенка, покрывающая матрац, протирается теплой водой, затем раствором сулемы. Матрац выносится на двор, где проветривается в течение не менее 12 часов. Койка протирается ежедневно влажной тряпкой, смоченной в растворе сулемы (1:1000). После выписки родильницы кровать должна быть вымыта горячей водой с мылом и продезинфицирована раствором сулемы (лизол или керосина).

33. Если женщина, находящаяся в родильном доме, заболевает послеродовым лихорадочным заболеванием или иной инфекционной болезнью, то акушерка обязана немедленно переправить ее в больницу, а впредь до этого принять все возможные меры, чтобы изолировать больную от прочих родильниц. Здоровых родильниц следует как можно скорее отправить домой и приступить после этого к полной дезинфекции родильного дома. Прием новых рожениц разрешается не ранее проведения дезинфекции в родильном доме.

34. После выписки родильницы с ребенком акушерка должна иметь за ней наблюдение на дому в течение ближайших 8 недель после родов. При нормальном течении послеродового периода акушерка должна сделать не менее двух посещений за это время. Одинаково обязательно посещение родильницы, не имеющей ребенка.

35. Акушерка обязана вызвать врача в следующих случаях:

а) при всех осложнениях в течении родов, с которыми она сама не может справиться, как только эти осложнения выяснятся;

б) при кровотечениях, в особенности послеродовых (атонических);

в) при более значительных разрывах мягких половых частей, зашивание которых может вызвать затруднения;

г) в случаях конъюнктивита и нагноения пупка у новорожденного, при затруднениях дыхания, от чего бы оно ни зависело, а также при острых инфекционных болезнях.

Г. Уход за новорожденными

36. После рождения ребенка, еще до перевязки пуповины, акушерка обязана вкапать новорожденному в оба глаза по одной капле 2% раствора азотнокислого серебра... Капли должны быть свежими, прозрачными, не содержащими осадка и храниться в пузырьке из темного стекла. Пипетка должна кипятиться для каждого ребенка.

37. После прекращения пульсации пуповины на нее накладываются две лигатуры... Пуповина перерезается стерильными ножницами между этими лигатурами.

38. Новорожденные должны лежать в кроватках отдельно от матерей.

39. Первое прикладывание новорожденного к груди производится не позднее чем через 12 часов после родов. Перед едой и кормлением ребенка родильница должна тщательно вымыть свои руки с мылом.

Примечание. В случае применения молокоотсосов или накладок последние обязательно кипятятся перед употреблением.

40. Кормление новорожденных производится строго по часам — через каждые 3—3½ часа днем. Между 12 час. ночи и 6 час. утра кормление не производится. Воспрещается оставлять ребенка при матери после кормления.

41. Недоношенные и слабые дети кормятся через 2—2½ часа. Плохо сосущие дети подкармливаются сцеженным материнским молоком с ложечки.

42. В целях борьбы с опрелостью и кожными заболеваниями необходимо производить частое перепеленывание и подмывание новорожденных. Пеленки должны быть по возможности свежепроглажены.

43. Глазки новорожденных промываются, каждый в отдельности, раствором борной кислоты или прокипяченной водой при помощи стерильных ватных шариков.

44. Уход за пуповиной состоит в наблюдении за чистотой повязки, которая сменяется (частично) по мере загрязнения. После отпадения пуповины пупок смазывается настойкой йода с последующим наложением сухой стерильной повязки.

Административно-хозяйственная часть

45. Акушерка — заведующая КРД, всецело отвечает как за медицинскую работу, так и за содержание родильного дома в полном порядке и чистоте.

46. Воспрещается пользоваться помещениями, отведенными для лечебных целей (смотровая, родовая, послеродовая и т. д.), в качестве жилья.

47. Акушерка ведет особое наблюдение за исправным состоянием инструментария и предметов по уходу и ни под каким видом не имеет права пользоваться ими не по прямому назначению или для личных надобностей.

48. Имеющаяся при родильном доме акушерская сумка должна содержаться в полном порядке и готовности к употреблению на случай выездов. Сумка должна храниться в шкафу приемного покоя или в помещении консультации, если таковая существует при родильном доме. Категорически воспрещается пользоваться содержащимися в сумке инструментами и предметами для надобностей родильного дома.

49. Все имущество колхозного родильного дома должно быть записано в инвентарную книгу, причем акушерка несет ответственность за его целостность и сохранность.

50. Акушерка ведет записи течения родов... и утвержденные виды учета и отчетности.

III. Работа среди беременных

51. Для проведения учета и патронажа беременных акушерка КРД должна ознакомиться с женским населением обслуживаемых ею колхозов, выявить всех беременных, освидетельствовать их, установив у каждой срок

беременности и предполагаемое время родов. Все полученные сведения записываются для памяти в особую тетрадь.

Патронаж беременных имеет целью помочь колхознице в усвоении и проведении основных требований гигиены.

52. Консультация, проводимая акушеркой в колхозном родильном доме, если для этого выделена обособленная комната, или в другом специальном помещении, а за отсутствием таковых — и на дому у колхозниц, имеет своей целью предупредить развитие осложнений во время беременности и произвести отбор осложненных случаев для направления их к врачу. С этой целью акушерка производит опрос беременных (собирает анамнез), проводит общий наружный осмотр беременных и наружное акушерское исследование согласно правилам акушерской науки; устанавливает наличие беременности и срок ее, определяет положение плода, выслушивает сердцебиение его.

53. Внутреннее акушерское исследование производится лишь в исключительных случаях, когда на основании наружного исследования нельзя сделать всех необходимых заключений. Внутреннее исследование разрешается производить лишь при наличии соответствующей санитарно-гигиенической обстановки, например, в консультации, при условии строгого соблюдения всех правил асептики и антисептики...

54. При отборе беременных для направления их к врачу (в районную или иную врачебную консультацию), а также непосредственно в участковую или районную больницу акушерка должна обратить внимание на следующие признаки осложненного течения беременности:

- а) наличие значительных отеков на лице и на нижних конечностях;
- б) на одышку, жалобы на стесненное дыхание, сердцебиение;
- в) на боли в подложечной области, головные боли, нарушение правильного зрения (потемнение в глазах, круги перед глазами, неясное зрение, в особенности при наличии отеков и значительного количества белка в моче);
- г) на учащенную рвоту, если она появляется во всякое время дня, сопровождается частым пульсом при сухом языке;
- д) наличие кровотечения в любой срок беременности;
- е) все случаи неправильности таза, узкого таза с наружной конъюгатой от 18 см и ниже, а также прочие сужения таза, при которых прежние роды протекали с осложнениями.

Примечания. 1. Во всех случаях, где это возможно, акушерка должна производить анализ мочи на белок и при наличии... его (осадок, сверток) посоветоваться с врачом. 2. При наличии признаков, перечисленных в п. 54, акушерка может направить беременную к врачу лишь в том случае, если состояние здоровья последней позволяет перенести переезд. Больную, как правило, должен сопровождать кто-нибудь из членов семьи. В более серьезных случаях акушерка обязана сама доставить беременную к врачу или вызвать последнего. 3. При наличии иных симптомов болезни, хотя бы не перечисленных в п. 54, как и вообще во всех случаях, вызывающих малейшие сомнения в правильном течении беременности, акушерка обязана посоветоваться с врачом, прикрепленным к родильному дому, или другим ближайшим врачом.

55. В целях предупреждения развития послеродовой инфекции в родильном доме акушерка должна заблаговременно выявить, нет ли в семье беременной, у окружающих ее лиц, у нее самой инфекционных заболеваний, гнойных очагов и т. д.

При наличии таковых у беременной, последняя должна быть направлена к врачу для лечения. Если имеется инфекция в доме, то беременная должна быть по возможности изолирована от больного члена семьи. Акушерка должна дать ей необходимые наставления о том, как предупредить перенос возбудителей инфекции на половые части.

ПРОФИЛАКТИКА ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ВСПЫШЕК ПРИ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ¹

Борьба с токсико-септическими заболеваниями новорожденных детей складывается из мероприятий профилактического и терапевтического характера.

Профилактические мероприятия должны пронизать весь режим родильного дома (а равно и родильного отделения общей больницы) от момента поступления роженицы и ее первичной обработки до выписки родильницы и новорожденного из родильного дома.

Профилактические мероприятия до рождения ребенка

Инфекционные заболевания во время беременности, особенно хронические инфекции, вредно отражаются на развитии плода и могут быть источником заболевания ребенка в период внутриутробного развития. Поэтому в женской консультации необходимо обследовать беременных для выявления у них инфекционных заболеваний и проведения своевременной активной терапии. При патронаже беременной необходимо выявление неблагоприятного бытового окружения, наличия инфекционных больных, лиц с гнойными процессами кожи и других частей тела и проведение возможных мероприятий по оздоровлению быта беременной (смена и стирка белья, отдельная постель и проч.).

В родильном доме особое внимание нужно обращать на заболевания, перенесенные матерью в последние дни и недели перед родами, — инфекционные катары верхних дыхательных путей (ангина, грипп), кишечные инфекции, гоноррею, пиодермии, воспалительные заболевания половых органов и проч. Родильницы, перенесшие эти заболевания, могут являться носителями и выделителями патогенных микробов, часто без каких-либо болезненных проявлений у них самих. Эти родильницы могут стать источником тяжелых токсико-септических заболеваний новорожденных.

Поэтому при приеме каждой роженицы необходимо проводить детальный опрос, измерение температуры, тщательный осмотр и при необходимости бактериологические обследования (мазки из зева, флора кишечника).

Ни при каких условиях нельзя допускать приема рожениц в родильный дом без должного обмывания всего тела и волос на голове теплой проточной водой с мылом.

В предродовой палате должно быть обращено особое внимание на проветривание и дезинфекцию матрацев и обязательную смену всего мягкого инвентаря койки после перевода каждой роженицы (чехол и клеенка на матраце, одеяло, подушки и постельное белье). Для этого в предродовой необходимо иметь запасные комплекты мягкого инвентаря соответственно среднему числу ежедневных поступлений рожениц.

Профилактические мероприятия при рождении ребенка и в первые часы его жизни

Чрезвычайно важным профилактическим мероприятием является правильная гигиеническая организация обслуживания новорожденного в родовой комнате и строгое соблюдение стерильности предметов ухода, белья, всего, что соприкасается с ребенком, и особенно рук персонала (врача, акушерки). Работа в родильном отделении всегда проводится в стерильных, повторно сменяемых в течение суток масках.

¹ Из инструкции о мероприятиях по борьбе с токсико-септическими заболеваниями новорожденных от 13/VII 1951 г.

Для каждого новорожденного необходимо иметь стерильный комплект белья. Чрезвычайно важно, чтобы акушерка непосредственно перед обработкой пуповинного остатка и проведением первого туалета повторно тщательно мыла руки (как перед родами), надевала стерильный передник и маску-повязку.

При обработке и перевязке пуповины, согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР, необходимо пользоваться индивидуальными пакетами со стерильными инструментами (ножницы, зажимы) и перевязочным материалом.

Существенно важным профилактическим мероприятием является тщательное согревание новорожденного в родовой комнате с момента рождения и особенно при проведении мер оживления и первого туалета. Туалетный стол, весы, ростомер и другие предметы следует тщательно мыть и дезинфицировать после каждого ребенка.

Заболевания персонала, обслуживающего новорожденных в первые минуты и часы их жизни (акушерка, врач-акушер), могут быть источником инфекции. Поэтому систематический осмотр и санация персонала, работающего в родовой комнате, необходимы для профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных (состояние кожи рук, полости рта, личная гигиена и проч.). Если имеются возможности, дежурный персонал должен принимать гигиенический душ перед вступлением на дежурство и обязательно надевать свежечистые халаты (желательно и свежевыстиранное, легко моющееся платье).

Необходимо проводить у персонала систематическое бактериологическое исследование зева, носа, кожи рук на патогенных микробов, в частности, кишечной группы.

Профилактические мероприятия в палатах родильниц

Необходимо соблюдать тщательную чистоту палат родильниц, обеспечить хорошую и систематическую вентиляцию и постоянство температуры в них (18—20°); столь же тщательно соблюдается и чистота подсобных помещений, особенно уборных, моечных, бельевых и проч.

Большое значение имеет соблюдение гигиенического режима койки родильницы — обеспечение постельным бельем, индивидуальным судном, регулярная смена и чистота подкладных простынь и клеенок и проч.

После выписки каждой родильницы матрац, подушку и одеяло нужно обязательно длительно проветривать на открытом воздухе (не менее 6—8 часов), а после выписки родильниц, перенесших в родильном доме какое-либо заболевание, весь мягкий инвентарь непременно дезинфицировать (в дезкамере).

Периодическое выключение, уборка и проветривание палат (через каждые 7—8 дней) являются важной мерой профилактики. В этом отношении весьма ценным оказался метод так называемой цикличности в заполнении и одно-временном выключении для уборки палат для родильниц и соответствующих детских палат.

Кроме тщательной санитарной обработки при поступлении, для соблюдения личной гигиены родильницы необходима чистота белья (рубашек, лиффов, халатов), а также тщательное частое мытье рук с мылом и особенно перед каждым кормлением ребенка.

Должная гигиена молочной железы матери достигается ежедневным утренним обмыванием ее теплой водой с мылом, ношением правильно сшитого чистого лифа, поддерживанием чистоты грудных сосков и предохранением их от мацерации и раздражения.

При бациллоносительстве и бацилловыделении из полости зева и носа, особенно при наличии катаррального состояния и других заболеваний, кормящая мать должна надевать маску во время кормления новорожденного. Маска должна быть стерильной и часто меняться (по возможности перед каждым кормлением).

Большое внимание следует уделять немедленной изоляции каждой родильницы при обнаружении любого заболевания и при любом повышении

Профилакти

А Разо

В отделен
мальному раз
взаимных кон
няновения ст
матической у
палате желат

В крупны
новорожденн
разобщенных
месте.

Кроме з
детей нераци
портировать

Б.

В детски
не менее 2,5

Нужно и
больше расс
ностей для
выми.

ИНСТРУК

1. К не
ляется про

Верховного

а) род

б) род

шествовали

в) род

сарским се

сечениями

ванными по

разрушаю

1 Утве
13/XII 194

температуры, а тем более при повторном, независимо от того, поставлен ли предварительный или окончательный диагноз заболевания. Заболевшие родильницы, до решения вопроса о переводе во второе отделение, должны быть без промедления изолированы (переведены в отдельные палаты).

Одновременно с изоляцией заболевшей матери должно немедленно проводиться и выделение из общей массы ее новорожденного ребенка, даже если он совершенно здоров.

Для правильного и своевременного проведения профилактических мероприятий очень важен ежедневный тесный деловой контакт в работе акушера и педиатра и взаимная сигнализация о каждом заболевании матери и ребенка.

Профилактика токсико-септических заболеваний в отделениях (палатах) новорожденных

А. Разобшение и рассредоточивание детских коек

В отделениях и палатах новорожденных необходимо стремиться к максимальному разобшению и рассредоточиванию детей для уменьшения числа взаимных контактов. Для маневрирования, т. е. выключения палат при возникновении отдельных заболеваний среди новорожденных, а также для систематической уборки палат, необходимы достаточные помещения. В каждой палате желательно размещать не более 15—20 новорожденных.

В крупных родильных домах число коек в отделениях (блоках) для новорожденных не должно превышать 45—50 коек. Лучше иметь несколько разобшенных отделений и не сосредоточивать большого числа детей в одном месте.

Кроме эпидемиологических соображений, концентрация большого числа детей нерациональна и потому, что для кормления детей приходится транспортировать на большие расстояния.

Б. Предупреждение скученности и тесноты

В детских палатах на каждого новорожденного должно быть в среднем не менее 2,5 кв. м площади.

Нужно избегать ставить вплотную одну детскую кроватку к другой; чем больше расстояние, отделяющее одну койку от другой, тем меньше возможностей для контакта заболевших, но еще не изолированных детей, со здоровыми.

Приложение 4

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА ПРИ НЕНОРМАЛЬНЫХ РОДАХ¹

1. К ненормальным родам, при которых послеродовой отпуск предоставляется продолжительностью в 56 дней, согласно ст. 6 Указа Президиума Верховного Совета Союза ССР от 8 июля 1944 г., относятся:

- а) роды двойней и более;
- б) роды, которые сопровождались или которым непосредственно предшествовали нефропатия, эклампсизм и эклампсия;
- в) роды, сопровождавшиеся следующими акушерскими операциями: кесарским сечением (абдоминальным или влагалищным) и другими чревосечениями во время родов, наложением щипцов, классическим и комбинированным поворотом на ножку, извлечением плода за тазовый конец, плодоразрушающими операциями и ручным отделением последа;

¹ Утверждена зам. народного комиссара здравоохранения СССР 13/XII 1944 г.

г) роды, сопровождающиеся значительной потерей крови, вызвавшей вторичную анемию (гемоглобин ниже 50%) и сопутствующие ей заболевания;

д) роды, сопровождавшиеся разрывом матки, глубокими разрывами шейки, разрывом промежности третьей степени, расхождением лонного сочленения;

е) роды с послеродовыми заболеваниями, сопровождавшимися лихорадочным состоянием свыше 8 дней (тяжелые формы эндометритов, воспаление тазовой брюшины и клетчатки, воспаление вен, общие септические заболевания и др.);

ж) роды у женщин, страдающих органическими заболеваниями сердца и сосудов (эндокардиты с анатомическими поражениями клапанов сердца, поражения мышц сердца и стойкая гипертония), туберкулезом в активной форме, болезнями почек и почечных лоханок, базедовой болезнью, диабетом и малярией, обострившейся в конце беременности или в родах, хроническим паренхиматозным поражением печени с выраженным нарушением функции;

з) преждевременные роды (рождение незрелого плода).

2. Предоставление послеродового отпуска в 56 дней оформляется лечащим врачом лечебного учреждения, родильного дома, родильного отделения больницы, женской консультации, поликлиники, амбулатории или врачом сельского врачебного участка путем соответствующей отметки в больничном листке родильницы с указанием в графе «заключительный диагноз» основания для признания родов ненормальными.

Если ненормальные роды произошли вне лечебного учреждения, то при предоставлении послеродового отпуска в 56 дней лечащий врач может в необходимых случаях консультироваться с медицинским работником, принимавшим роды.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт 346
 — борьба 543
 — в ходу 348
 — трубный 352
 Abortus 347
 — completus 349
 — imminens 348
 — incipiens 348
 — incompletus 348
 — protrahens 347
 Abrasio cavi uteri 496
 Абсцесс яичника 480
 Абуладзе прием 219, 444
 Авитаминоз у беременных 84
 Аднексит послеродовой 479
 — — лечение 480
 Аллантоис 57
 Альбуминурия 196, 305
 Амнион 56
 Анализ мочи 476
 — — техника взятия мочи 476
 Анэнцефалия 327
 Анестезия пудендальная 240
 Аномалии плаценты 313
 — пуповины 317
 — развития плода 325
 Anteversio uteri 31
 Anteflexio uteri 24
 Антисептика 165
 Аорта брюшная прижатие 449
 Аппарат связочный 31
 Аранциев проток 71
 Артерия маточная 33
 — — маточная ветвь 33
 — — шеечная ветвь 33
 — семенная внутренняя 34
 — — наружная 34
 — срамная 33
 Асептика 167
 Асинклитизм задний 371
 — передний 371
 Асфиксия внутриутробная, профилактика 224
 — новорожденного 227
 — — бледная 227
 — — асфиксия новорожденного, причины 227
 — — профилактика 227
 — — синяя 227
 — — плода угрожающая 405
 Атрезия фолликула 42
 Атрофия фолликула 91
 Ацетилхолин 173, 356
 Ацидоз 83
 Ашгейм-Цондека реакция 101
 Бактерии, переход к плоду 76
 Баллотирование головки 110
 Бандаж 130, 369
 Бартолиновы железы 17
 Белок в моче 196
 Белье 169, 171
 Беременность 51
 — ацидоз 83
 — величина матки в разные сроки 118
 — внематочная 351
 — — брюшная 351
 — — лечение 354
 — — разрыв трубы 353
 — — течение 352
 — — яичниковая 351
 — газообмен 81
 — гигиена 124
 — диагностика 95
 — — анамнез общий 97
 — — — специальный 96
 — — биологическая 101
 — — ранних сроков 97
 — — поздних сроков 102
 — длительность 65, 116
 — и ангина 342
 — — аппендицит 339
 — — базедова болезнь 342
 — — болезни почек 336
 — — воспалительные заболевания половых органов 332
 — — выпадение матки 343
 — — — стенок влагалища 344
 — — гипертоническая болезнь 338
 — — гоноррея 332

Беременность и грипп 342
 — — диабет 342
 — — заболевания кроветворных органов 340
 — — — нервной системы 340
 — — — сердечно-сосудистой системы 337
 — — злокачественное малокровие 340
 — — инфекционные заболевания 341
 — — киста яичника 333
 — — лейкемия 340
 — — малярия 334
 — — недоразвитие матки 343
 — — неправильные положения матки 343
 — — новообразования 333
 — — опущение матки 343
 — — острый полиомиелит 341
 — — пиелит 335
 — — пороки развития влагалища 345
 — — — — матки 345
 — — — сердца 337
 — — рак 333
 — — резкий перегиб тела матки кзади 343
 — — сифилис 335
 — — туберкулез 334
 — — фибромиома матки 333
 — — хлороз 340
 — — хорея 341
 — — эндокринные заболевания 342
 — — эпилепсия 340
 — — изменения желез внутренней секреции 93
 — — — кожи 91
 — — — костной системы 92
 — — — крови 90
 — — — молочных желез 91
 — — — нервной системы 90
 — — — связочного аппарата 93
 — — — сердечно-сосудистой системы 89
 — — — — давление артериальное 90
 — — — — сердце 89
 — — — — органов 85
 — — — — дыхательных 89
 — — — — мочевых 88
 — — — — мочевой пузырь 88
 — — — — почки 88
 — — — — пищеварительных 89
 — — — — половых 85
 — — — — — влагалище 85
 — — — — — матка 86
 — — — — — связки 88
 — — — — — яичники 88, 93
 — — кислородное голодание 82
 — — многоплодная 423
 — — — положение плодов 428
 — — — распознавание 428
 — — — течение 427

Беременность, обмен веществ 78
 — — витаминный 84
 — — белковый 79
 — — водный 81, 83
 — — жировой 80
 — — минеральный 80
 — — углеводный 79
 — — определение срока 116
 — — — — позднего 118
 — — — — раннего 117
 — — переносимая 329
 — — пигментация 92
 — — плод в различные сроки 65
 — — предупреждение 546
 — — прерывание искусственное, показания 544
 — — признаки вероятные 97
 — — — Горвиц-Гегара 100
 — — — достоверные 102
 — — — Пискачевка 100
 — — — Снегирева 99
 — — рубцы 92
 — — течение при тазовых предлежаниях 398
 — — — при узком тазе 368
 — — токсикозы 299
 — — физиология 51
 Беременная, бандаж 130
 — — взвешивание 83
 — — влагалищное исследование 98, 115
 — — — — техника 98
 — — гигиена 124
 — — гимнастика 132
 — — индивидуальная карта 535
 — — лифчик 131
 — — обувь 130
 — — одежда 130
 — — отпуск дородовый 122
 — — — — определение 122
 — — охрана труда 557
 — — патронаж 541
 — — питание 126
 — — — потребление жидкости 128
 — — подготовка молочных желез 131
 — — половые сношения 130
 — — ранения половых органов 468
 — — режим 125
 — — сон 128
 — — социально-правовая помощь 556
 — — уход за половыми органами 129
 Бережеживание 334
 Бинт Вербова 359
 Бинтование молочных желез 264
 Бластула 55
 Бленоррея профилактика 213
 Близнецы 423
 Боксы 284
 Боль 230
 — — рецепторные приборы 231
 — — родовая 231

Боль, схваткообразная при выкидыше 347

Боталлов проток 71

Браслетки клеенчатые 216

Бракстон Гикс, поворот 514

Бритье рожениц 194

Бровкин, метод 311

Бром, его значение 302

Брюшина, изменения при беременности 88

— ход 29

Бугор седалищный 136

Бугорок подвздошно-лонный 135

— яйценосный 43

Бурденко Н. Н., теория механизма родов 192

БЦЖ 334

Вальхеровское положение 156

Вартонов студень 63

Вакцинация новорожденных 334

Вастена признак 376

Венец лучистый 43, 53

Вербов, бинт 359

Вес, падение у новорожденных 272

Вещество буферное 84

Вид позиции плода 103

Витамин А 85

— В₁ 85

— С 85

— D 85

— E 85

— обмен у плода 75

Взвешивание беременной 83

— ребенка 280

Влагалище 20

— гематома 464

— изменения при беременности 85

— мышечные пучки 21

— преддверие 20

— развитие 38

— разрыв 463

— — зашивание 499

— своды 20

— — боковые 21

— — задний 21

— — передний 21

— секрет 22

— — чистота 22

— слизистая оболочка 21

— стенки 21

— тампонация 503

— чистота 22

Влагалищное исследование в родах 203

Влечение постоянное за головку при предлежании детского места 437

Внематочная беременность 351

Внутренности плода, удаление 528

Внутриутробная смерть плода 330

Внушение 232

Воды околоплодные 64, 180

— — деление 180

— — задние 180

— — значение 64

— — маловодие 64, 322

— — многоводие 65, 321

— — отхождение преждевременное 181

— — — — — определение 182

— — — — — раннее 373

— — — — — передние 180

— — — — — происхождение 64

— — — — — реакция 182

Водянка беременных 304

— головная 327

Волосы, расположение на лобке 16

Воронка маточной трубы 28

Ворсины первичные 57

— хориона 60

Воспаление всей тазовой клетчатки после родов 479

— матки после родов 478

— — — — — лечение 478

— — — — — околوماتочной клетчатки после родов 478

— — — — — — — — — — — лечение 479

— — — — — — — — — — — придатков матки после родов 479

— — — — — — — — — — — лечение 480

Впадина вертлужная 133

— подвздошная 134

Вправление петли пуповины выпавшей 515

Вращение головки при лицевом предлежании 390

Врезывание головки 209

Вскармливание ребенка 282

Вставление головки асинклитическое 370

— — заднетеменное 371

— — переднетеменное 371

— — — — — при лицевом предлежании 389

Вульвит послеродовой 477

— — — — — лечение 478

Вход таза 138

Выворот матки 466

— — — — — возникновение 466

— — — — — вправление 466

Выжимание последа 444

— — — — — по Гентеру 444

— — — — — Елкину-Гентеру 445

— — — — — Креде 444

— — — — — — — — — — — под наркозом 444

Выкидыш 346

— — — — — борьба 543

— — — — — в ходу 348

— — — — — инфицированный 349

— — — — — искусственный 347

— — — — — медицинский 347

— — — — — преступный 347

Выкидыш начинающийся 348
— неполный 348
— несостоявшийся 331
— — лечение 331
— полный 349
— поздний 346
— привычный 347
— причины 346
— ранний 346
— самопроизвольный (спонтанный) 347

— трубный 352
— угрожающий 347
Выпадение мелких частей плода 419
— — — — — причины 419
— — — — — распознавание 420
— ножки 421
— пуповины 420
— — ведение родов 421
— — распознавание 421
— ручки 420

Выписка новорожденного 288
Вырезка седалищная большая 136
— — малая 136
Выскабливание полости матки 496
Высокое прямое стояние головки 393
— — — — — затылочно-крестцовое положение 394
— — — — — затылочно-лонное положение 394
Выход таза 139

Газ веселящий 241
Газообмен в плаценте 72
— — — — — нарушения 73
Гастрюла 55
Гематома влагалища 464
— наружных половых органов 464
— широкой связки 461
Гентер, метод 444
Herpes gestationis 303
Гестозы 299
Гигиена личная 172, 250
— — — — — ухаживающего персонала детских палат 283
— менструального периода 50
Hydrogthoea gravidarum 323
Гидроцефалия 327
Гимнастика послеродовая 255, 265
— беременных 132
Hyperemesis gravidarum 301
Гиповитаминоз у беременных 84
Гипоспадия 326
Гипофиз 45
— изменения при беременности 93
Глаза, профилактика бленнореи 213
Глазное дно 308
Головка, асинклитическое вставление 370

Головка, баллотирование 110
— вращение при лицевом предлежании 390
— врезывание 209
— вставление асинклитическое 370
— — — — — заднетеменное 370
— — — — — переднетеменное 371
— — — — — при лицевом предлежании 389
— доношенного плода 68
— изменение формы у новорожденного 277
— конфигурация 277
— метод постоянного влечения 437
— освобождение при тазовых предлежаниях 405
— опущение при лицевом предлежании 390
— перфорация 524
— поворот внутренний 188
— — — — — причины 189
— — — — — наружный 190, 191
— положения разогнутые 380
— прием Морисо-Левре 405
— прободение 524
— прорезывание 213
— разгибание 189, 191
— размеры 70
— роднички 69
— сгибание 188, 191, 370
— — — — — при лицевом предлежании 390
— стояние долгое во входе 371
— — — — — поперечное низкое 382
— — — — — прямое высокое 393
— швы 69
Голодание кислородное плода 225
Гонадотропин хориальный 93
Гоноррея послеродовая 483
— — — — — лечение 483
Горвиц-Гегар, признак беременности 100
Гормоны яичника 31
Граафов фолликул 43
Группы крови, определение 197
Грыжа мозговая 327
— пупочного кольца 327
Губа заячья 326
— половая большая 16
— — малая 17
Губка для предупреждения наступления беременности 547

Давление артериальное 196
— внутрибрюшное 82
Движения плода внутриутробного, рефлекторные 192
Двойни 423
— двуяйцевые 425
— однайцевые 423
— сросшиеся 328
Девственная плева 19

Decapitatio 528
 Дерматозы беременных 303
 Детское место 93
 — — низкое прикрепление 132
 — — отслойка 193
 — — — неправильная 442
 — — — лечение 444
 — — — преждевременная 317, 139
 — — — диагноз 440
 — — — лечение 441
 — — — полная 440
 — — — частичная 440
 — — — предлежание 432
 — — — боковое 433
 — — — краевое 433
 — — — лечение 436
 — — — перешеечно-шеечное 434
 — — — причины 432
 — — — центральное 433
 — — — приращение 316
 Дефлексия 380
 Decidua basalis 59
 — capsularis 59
 — vera 59
 Деятельность родовая при многопло-
 дии 429
 — — стимуляция 356
 Диагностика беременности 95
 Диафрагма мочеполая 19, 143
 — таза 144
 Дилататоры Гегара 495
 Distantia cristarum 145
 — spinarum 145
 — trochanterica 146
 Дно глазное 308
 — тазовое 32, 141
 Дом родильный 549
 Доношенность, определение 67
 Доска для мытья клеенок 170
 Дуглас задний 29
 Душ 198
 Дыхание искусственное 228
 — — метод Сильвестра 228
 — органы в послеродовом периоде
 249
 Елкина-Гентера метод 445
 Emesis gravidarum 300
 Evisceratio 528
 Железо, обмен 81
 Железы бартолиновы 17
 — молочные, бинтование 264
 — — влияние центральной нервной
 системы на лактацию 257
 — — воспаление 264
 — — выделение молозива 49
 — — заболевания 264
 — — изменения при беременности 94
 — — кормление 257

Железы молочные, мастит 264
 — подготовка к кормлению 131
 — соски 262
 — — плоские 257
 — — трещины 262
 — сцеживание молока 254
 — уход после родов 256
 — монгомеровы 91
 — околощитовидные, изменения при
 беременности 94
 потовые 17
 альвеолы 17, 18
 — — эпидермиса 19
 слизистой оболочки матки 25
 — — шеечного канала 26
 — щитовидная, изменения при бе-
 ременности 94
 Желтое тело 44, 93
 Желтуха беременных 304
 Живот, опущение 174
 — отвислый 369, 378
 Жиры, обмен у плода 74
 Жом мочеиспускательного канала 18
 — прямой кишки 142
 Заболевания послеродовые 469
 — — инфекционные 471
 — — патогенез 471
 — — неинфекционные 469
 — токсикосептические, профилактика
 569
 Задержание остатков последа 447
 — — — кровотечение 447
 — — — распознавание 447
 — — — удаление 448
 Задержка мочеиспускания 469
 Закись азота для обезболивания
 родов 241
 Занос кровяной 332
 — мясистый 332
 — пузырьный 318
 — — деструктирующий 319
 — — лечение 320
 — — распознавание 319
 Запор 89, 470
 Запирание разрывов 469
 — — промежности 469
 — — шейки матки 541
 Защита промежности 241
 Зев внутренний анатомический 24
 — — гистологический 23
 — — наружный 23, 24
 — — пальцевое расширение 469
 — — рассечение 402
 — — слезы 507
 — — сжатие 54
 Злокачественные опухоли 327
 Злокачественные опухоли
 — в области молочных желез

Иванов, метод 495
 Извлечение плода 505
 — — за паховый сгиб 507
 — — — — техника 507
 — — техника 506
 Измерение веса новорожденных 272
 — роста новорожденных 272
 Изменения в организме при менструации 49
 — рубцовые влагалища 361
 Изоляция заболевших детей 284
 Impetigo herpetiformis 303
 Имплантация яйца 58
 — — место 63
 Инволюция 243
 Индекс запястный (Соловьева) 155
 Инкрустация известковая плаценты 315
 Интерорецепция 37
 Инструменты, подготовка к операции 489
 Инфаркты плаценты 73, 315
 Инфекция септическая генерализованная 480
 — — новорожденных 285, 569
 Isthmus 23
 История акушерства 3

Кабинет социально правовой 556
 Календарь для определения сроков отпуска дородового 560
 — — — — послеродового 560
 Кальций, обмен 80
 Канал мочеиспускательный 18
 — — железы Скина 19
 — — — парауретральные 19
 — — сфинктер внутренний 18
 — — — наружный 18, 143
 Каналы Вольфовы 38
 Карандаш для обезболивания родов 242
 Карта индивидуальная беременной 535
 Катетер постоянный 465
 Катетеризация 201
 Кесарево сечение 520
 — — влагалищное 524
 — — история 521
 — — инструментальный 523
 — — описание операции 522
 — — показания 521
 Кетгут, приготовление 489
 Кефалотоматома 277
 Кислородное голодание беременной 82
 — — плода 82
 Кишечник, функция в послеродовом периоде 248
 Кишка прямая, сфинктер наружный 142

Классификация газов неправильных 363
 Клеенка, мытье 170
 Клейдотомия 527
 Клетка беременности 93
 — лютеиновая 44
 — яйцевая 53
 Клетчатка околосагитальная 29
 — тазовая 32
 — — воспаление после родов 479
 — — околосагитальная (паравагинальная) 33
 — — околосагитальная (параметральная) 33
 — — околосагитальная (параректальная) 32
 — — околосагитальная (паравезикальная) 33
 — — флегмона после родов 479
 Клизма 198
 Клитор 18
 — головка 18
 — пещеристые тела 18
 — уздечка 18
 — эрекция 18
 Ключицы, рассечение 527
 Кожа, туалет 272
 Колпачок 546
 — виды 546
 Кольпит послеродовый 477
 — — лечение 478
 Кольцо контрационное (пограничное) 180, 456, 459
 — костное входа в малый таз 134
 — пупочное, прыжа 327
 Columnae rigidae 21
 Комната личной гигиены 543
 Консультация женская 533
 — — борьба с абортами 543
 — — выявление женщин с патологией беременности 540
 — — лечебно-профилактическая работа 535, 539
 — — лечение женщин с патологией беременности 540
 — — патронажная работа 541
 — — помещение 534
 — — связь с другими лечебно-профилактическими учреждениями 540
 — — — промышленными предприятиями 542
 Конъюгата истинная акушерская 148
 — — анатомическая 148
 — — определение 150
 — — диагональная 150
 — — определение 150
 — — наружная 147
 Копуляция 54
 Копчик 133, 137

Кора головного мозга 37, 160, 173, 230, 232, 339

— — — влияние среды 160, 173

— — — связь с половыми органами 38, 94

Кормление грудное 258

— — методика 258

— — помощью зонда 293

— — с ложки 293

— — сцеживание 261

Corpus albicans 44

— luteum 93

Косолапость 326

Кость безымянная 133

— лонная (лобковая) 133, 134

— — ветвь горизонтальная 135

— — — нисходящая 135

— — расхождение 467

— — тело 135

— переломы у новорожденных 213

— подвздошная 133, 134

— — бугорок подвздошно-лонный 135

— — вырезка подвздошная большая 135

— — — малая 135

— — гребень 134

— — крыло 134

— — ость задне-верхняя 135

— — — задне-нижняя 135

— — — передне-верхняя 134

— — — передне-нижняя 134

— — тело 134

— седалищная 133, 134

— — бугор седалищный 136

— — ветвь восходящая 135

— — вырезка седалищная большая 136

— — — малая 136

— — нисходящая ветвь 135

— — ость седалищная 136

— — тело 135

Косынка 169

Котиледоны 62

Краниоклазия 524

Краниокласт 524

Краниопаги 328

Краниотомия 524

— инструментальный 525

— техника 525

Крапивница 303

Креде метод 444

— — под наркозом 444

Крепитация 461

Кресло гинекологическое 490

Крестец 132

— верхушка 136

— мыс 136

— основание 136

Кровать 171

Кровать Рахманова 200

Кровоизлияния внутримозговые 213, 228

— — симптомы 295

— — — у доношенных 296

— — — недоношенных 296

— — уход 297

— — характеристика 295

— в стенке мочевого пузыря 373

Кровообращение аллантоидное (ворсинчатое) 58

— желточное 57

— новорожденного 77

— плацентарное 71

Кровопотеря в послеродовом периоде 217

Кровотечение атоническое 448

— в послеродовом периоде 442

— — родах 432

— во второй половине беременности 432

— гипотоническое 448

— остановка 452

— повторное 435

— послеродовое позднее 451

— при выкидыше 347

Кровь артериальная, распределение у плода 72

— менструальная 48

— морфологический анализ 475

— плацентарная 528

Кювез 292

Кюретка 497

Лазаревич, щипцы 517

Лактация, влияние центральной нервной системы 257

Лента сантиметровая 119

Легенченко, способ оживления 227

Ликер обезболивающий 242

Линия безымянная 138

— пограничная 138

— родовая проводная таза 157

Lithopædion 331

Листок, зародышевый, образование 55

Лифчик 131

Личико, прорезывание при тисках предлежании 390

Лобок 16

Лохии 246, 477

— вид 246

— техника взятия для исследования 477

Лютеин 44

Лютеогормон 41

Маловолие 64, 322

Маска 169

Массаж матки 448

Мастит 264

Обмен витаминный у беременной 84
 — водный у беременной 81, 83
 — жировой (липоидный) у беременной 80
 — — изменения в послеродовом периоде 249
 — минеральный у беременной 80
 — — изменения в послеродовом периоде 249
 — основной у беременной 79
 — — изменения в послеродовом периоде 249
 — углеводный у беременной 79
 — — изменения в послеродовом периоде 249
 Оболочка водная 56, 64
 — ворсинчатая 56, 64
 — выведение 220
 — децидуальная (отпадающая) 58
 — — базальная 59
 — — истинная 59
 — — капсулярная 59
 — отслойка 435
 — разрыв 437
 — серозная 56
 — соединительнотканная фолликула, слой внутренний 43
 — — — — наружный 43
 Обследование ручное полости матки 448
 Овариально-менструальный цикл 41, 45
 Овуляция 41, 43, 44
 Одежда 171
 Оживление новорожденного 227
 — — дыхание искусственное 228
 — — очистка дыхательных путей 227
 — — способ Легенченко 227
 Озноб 474
 Окинчиц, рукав 446
 Операции акушерские 488
 — — подготовка 488
 — — подготовляющие 492
 — — показания 492
 — — родоразрешающие 492
 — — условия 492
 Оплодотворение 51, 53
 Определенность, уход 278
 Опухоль 413
 — родовая 277, 370, 372
 Опущение головки при лицевом предлежании 390
 Органы половые 16
 — — внутренние 20
 — — наружные 16
 — — — гематома 464
 — — обратное развитие после родов 243
 — — осмотр после родов 224
 — — ранения у беременной 468

Осмотр плаценты 220
 — половых органов после родов 224
 Остатки плодного яйца, отделение пальцевое 497
 — — — удаление пальцевое 497
 Остеомаляция 81
 Ость задне-верхняя 135
 — задне-нижняя 135
 — передне-верхняя 134
 — передне-нижняя 134
 — седалищная 136
 Отверстие запирающее 136
 Отделение остатков плодного яйца пальцевое 497
 — последа ручное 445
 — — — осложнения 447
 — — — техника 445
 Отек беременных 304
 Открытие зева неполное, поворот плода на ножку 513
 Отнятие ребенка от груди 298
 Отпуск дорожной 122, 560
 — послеродовой 560
 — — при ненормальных родах 571
 Отслойка неправильная детского места 442
 — — — — кровотечение 443
 — — — — лечение 444, 445
 — — — — причины 442
 — плаценты 193
 — — краевая 194
 — — центральная 193
 — — признаки 218
 — преждевременная детского места 317, 439
 — — — — кровотечение 440
 — — — — лечение 441
 — — — — полная 440
 — — — — причины 440
 — — — — распознавание 441
 — — — — частичная 440
 Отхождение вод раннее 373
 Охранительное торможение 116
 Пазуха мочеполая 38
 Пальпация плода в матке 105
 — — — — приемы 110
 Параметрий 29
 Параметрит послеродовой 478
 — — лечение 479
 Пасть волчья 326
 Патронаж 541
 Пеленание 272
 Пельвеоцеллюлит послеродовой 479
 — — лечение 479
 Перевязка пуповины 214
 Перегородка влагалища врожденная 361
 — мочеполая 18
 Переливание крови 453

Перелом костей у новорожденных 213
— позвоночника плода 528
Перерастяжение нижнего сегмента
матки 459
Перешеек матки 23
Периметрий 27
Перинеотомия 499
Период изгнания 182
— менструальный, гигиена 50
— последовый 192
— — нормальный 468
— — патологический 469
— — фаза активных маточных
сжатий 192
— — — изгнания последа 194
— — — физиологического покоя 192
— послеродовый 243
— раскрытия 177
Перитонит общий разлитой после-
родовой 483
— ограниченный тазовый послеродо-
вой 483
Перфоратор 525
Перчатки, подготовка 489
Петля выпавшая пуповины, вправле-
ние 515
— — — — техника 515
Петрификация плода 331
Пигментация белой линии 92
— стенки брюшной 248
Пискачек, признак беременности 100
Питание беременной 126
— больной 485
Питуитрин 44, 173, 356
Пиэлит 335
Платье акушерки 169
Плацента 60, 93
— выжимание 220
— двойная 314
— инкрустация известковая 315
— инфаркт 73, 315
— материнская сторона 62
— место развития 63
— осмотр 220
— отслойка 193
— пластинчатая 314
— плодовая сторона 62
— преждевременная отслойка 316
— при сифилисе 335
— признаки отслойки 218
— приращение 316
— проходимость для различных ве-
ществ 77
— роль в питании плода 74
— с добавочной долькой 314
— формы 62
— — неправильные 313
— функции 70
Placenta accreta 316
— — partialis 316

- Placenta accreta totalis 316
- adhaerens 316
- circumvallata 315
- marginata 314
- increta 316
- — partialis 316
- — totalis 316
- Плева девственная 19
- Плечики, поворот внутренний 190
- 191
- Plcae palmatae 25
- Плод, аномалии развития 325
- баллотирование головки 110
- бумажный 425
- в различные сроки беременности 65
- — — — — 528
- — — — — 224
- — — — — 71
- — — — — 70
- — — — — 419
- — — — — 393
- — — — — 329
- — — — — 68
- — — — — 70
- — — — — 69
- — — — — 69
- — — — — 68
- — — — — 67
- — — — — 67
- — — — — 67
- — — — — 507
- — — — — 82
- — — — — 330
- — — — — 331
- — — — — 528
- — — — — 121
- — — — — 105
- — — — — 110
- — — — — 331
- — — — — 509
- — — — — 513
- — — — — 103
- — — — — 103
- — — — — 103
- — — — — 103
- — — — — 103
- — — — — 102
- — — — — 102
- — — — — 102, 412
- — — — — 508
- — — — — 102
- — — — — 82
- — — — — 104

Предлежание детского места ведение
последового периода 438

- — — краевое 433
- — — лечение 436
- — — неполное 434
- — — низкое 433
- — — перешеечно-шеечное 434
- — — — ведение родов 439
- — — полное 434
- — — признаки 435
- — — причины 432
- — — распознавание 435
- — — центральное 433
- плода 104
- — затылочное, задний вид, меха-
низм родов 191
- — — передний вид, механизм ро-
дов 188
- — — мелкой части 419
- — — неправильное 379
- — — разогнутое 380
- — — — причины 380
- — — профилактика 393
- — — лицевое, роды 387
- — — лобное, роды 384
- — — передне головное, роды 381
- — — тазовое 395
- — — — ножное 395
- — — — коленное 395
- — — — причины 396
- — — — распознавание 397, 398
- — — — ягодичные 395
- — — — — извлечение 505
- — — — — поворот наружный 505
- — — — — смешанные 395
- — — — — чистые 395
- ручки рядом с головкой 420

Предупреждение наступления бере-
менности 546

— эпидемических вспышек при ток-
сико-септических заболеваниях 569

Презерватив 546

Преконсоль 548

Пресс брюшной, слабость 359

Презклампсия 307

Прием Абуладзе 219

— Морисо-Левре 405

Приготовление жетгута 489

— шелка 489

Признак Вастена 376

— отслойки плаценты 218

— Цангенмейстера 377

Приращение плаценты 316, 447

— — — диагноз 316

— — — полное 316

— — — частичное 316

Причина наступления родов 173

Пробка слизистая шейки матки 175

Проветривание 171

38 Акушерство

Пролежень 486

Промежность 16

— высота 17

— задняя 17

— защита 211

— передняя 17

— разрез 362

— разрыв 463

— — центральный 362

— — зашивание 499

— ригидная 361

— шов 17

Прогестерон 44, 173

Прозерин 357

Пролан 45

Прорезывание головки 213

— личика при лицевом предлежа-
нии 390

Пространство дугласово 29

— межворсинчатое 62

Проток Аранциев 71

— Боталлов 71

Профилактика бленорреи 213

— внутриутробной асфиксии 224

— токсико-септических заболеваний
568

Проход задний, заращение 326

Психозы послеродовые 471

— — — лечение 471

Пункция спинномозговая 311

Пульс в послеродовом периоде 247

Пуповина 63

— аномалии 317

— — — выпадение 420

— — — вправление 515

— длина 63

— короткость абсолютная 403

— — — относительная 403

— перевязка 214

— прикрепление к плаценте 317

— — — — боковое 317

— — — — краевое 317

— — — — оболочечное 318

— — — — центральное 317

— слишком длинная 317

— сосуды 63

— студень Вартонов 63

— толщина 63

— туалет 271

— узлы истинные 317

— — — ложные 317

Пузырь мочево́й, изменения при бе-
ременности 88

— — — кровоизлияния 373

— — — плодный 180

— — — разрыв 181, 204, 356

— — — боковой 325

— — — запоздалый 324

— — — искусственный 497

— — — преждевременный 323

Пути мочевые, заболевания 469
— родовые, повреждения 454
Пятна маточные 92
— сосудистые врожденные 325

Развитие обратное органов половых 243

— — — — влагалища 246
— — — — матки 243, 245
— — — — формирование шейки 245

— — — — мышц тазового дна 246
— — — — труб 245
— — — — яичников 245

Разгибание головки 189, 191

Размеры выхода таза 149

— головки плода 70
— тазов неправильных 364
— таза поперечные 146
— — прямые 146
— туловища плода 70
— узкой части полости таза 149
— широкой части полости таза 149

Разрез промежности 362

Разрыв больших половых губ 464

— влагалища 463
— — зашивание 499
— — — подготовка 499
— — — послеоперационный уход 501
— — — техника 500
— — клитора 464
— малых половых губ 464
— матки 455
— — лечение 462
— — насильственный 457
— — неполный 457
— — полный 457
— — признаки 460
— — причины 455
— — профилактика 461
— — самопроизвольный 457
— — совершившийся 460
— — угрожающий 458
— — признаки 458
— плодного пузыря боковой высокий 325
— — — запоздалый 324
— — — искусственный 497
— — — — техника 498
— — — преждевременный 323
— — — при родах двойней 430
— промежности 463
— — зашивание 499
— — — подготовка 499
— — — послеоперационный уход 501
— — — техника 500
— — — лечение 464
— — — механизм 463

Разрыв промежности, причины 463
— — степени 464

— — центральный 362, 464
— — шейки матки 462
— — — зашивание 501
— — — — техника 502
— — — кровотечение 463
— — — лечение 463
— — — насильственный 462
— — — самопроизвольный 462

Ранения половых органов у беременной 468

Раскрытие шейки матки затяжное 373

Рассечение наружного зева 493

— — — техника 493

Растяжение чрезмерное нижнего сегмента матки 456

Расхождение костей лонных 467

— прямых мышц живота 92

Расширение пальцевое наружного зева 492

— — — техника 492

— — — — шейки матки расширителями 495

— — — — техника 496

Расширители 495

Рахманов, кровать 200

Рвота беременных 300

— — неукротимая 301

Реактивность 473

Реакция Ашгейм-Цондека 101

— — — — гормональная на беременность 101

— — — — на лягушках озерных 101

— — — — мышцах 101

Ребенок, кормление грудью 257

Режим беременной 125

— детских палат 283

— лечебно-охранительный 159

Ретракция 176

Рефлексы 37

Рецепторы 37

Ригидность зева 360

— промежности 361

— шейки 360

— — акушерская помощь 361

— — причины 360

Ритм яичникового цикла 45

Рог матки рудиментарный (зачаточный) 40

Роговин, метод 202

Родильная комната 199

— — — — — помощь в СССР 549

Родильницы 249

— — — — — беседы санитарно-просветительные 256

— — — — — вставание 255

— — — — — выписка 256

— — — — — гимнастика послеродовая 255, 265

— — — — — значение личной гигиены персонала 250

- Родильницы, изоляция 255
- кишечник 248
- кормление ребенка 257
- лохии 246
- мочеотделение 247
- обратное развитие половых органов 243
- организация работы в отделении 249
- патронаж 256
- питание 254
- подмывание 252
- пульс 247
- смена белья 253, 256
- температура 247
- уборка 252
- уход 249
- — за больными 484
- — — молочными железами 256

Родильный дом 549

- — колхозный 550
- — — инструкция для акушерки 563
- — — положение 562
- — — отделения 549
- — — профилактика токсико-септических заболеваний и предупреждение эпидемических вспышек 569
- — — распорядок дня 269
- — — — отделения новорожденных 282

- — — санитарно-гигиенические требования 549
- — — связь с другими лечебно-профилактическими учреждениями 540
- — — промышленными предприятиями 542
- — — социально-правовая помощь матери 558

Родничок большой 69

- малый 69

Родовспоможение 3, 11, 529, 530

- объединение родильного дома с консультацией 533
- помощь родильная 532
- — — разъездная 549
- — — стационарная 549
- проведение родов на дому 551
- пункт фельдшерско-акушерский 551
- родильный дом 549
- — — колхозный 550
- — — консультация 533
- социально-правовые кабинеты 556, 558

Роды 172

- бленнореи профилактика 213
- в лицевом предлежании 387
- — — — ведение 391
- — — — механизм 389

Роды в лицевом предлежании, течение 391

- — — лобном предлежании 384
- — — — ведение 386
- — — — механизм 385
- — — — течение 386
- — — переднеголовном предлежании 381
- — — — ведение 384
- — — — механизм 382
- — — — течение 384
- ведение 201
- — периода изгнания 204
- — — последового 217
- — — раскрытия 201
- — при узком тазе 375
- возбудимость матки повышенная 175
- вращение головки вокруг продольной оси 191
- врезывание головки 209
- выведение оболочек 220
- выжимание плаценты 220
- выпадение мелких частей 419
- — ручки 422
- — — пуповины 421
- — — ведение 421
- длительность 194
- защита промежности 24
- как рефлекторный акт 174
- кольцо контракционное 180
- механизм при затылочных предлежаниях 184 188, 191
- — — узком тазе 369
- — — теория Н. Н. Бурденко 192
- несостоявшиеся 332
- — — лечение 332
- нижний сегмент матки, формирование 175
- обезболивание 230
- — — внушением 232
- — — медикаментозными средствами 240
- — — психопрофилактическим методом 232
- — — оживление новорожденного 227
- — — осмотр плаценты 220
- — — половых органов 224
- — — отслойка плаценты 193
- — — — признаки 218
- — — патология 354
- — — перевязка пуповины 214
- — — периоды 177
- — — — изгнания 182
- — — — последовый 192
- — — — послеродовый 243
- — — — раскрытия 177
- — — — степень 180
- — — поворот головки внутренний 188
- — — — наружный 190, 191

Роды, поворот плечиков 190, 191
 — повреждения родовых путей 454
 — потуги 176
 — предвестники 174
 — преждевременные 346, 350
 — препятствия со стороны влагалища 361
 — — — — промежности 361
 — — — — шейки матки 360
 — при высоком прямом стоянии головки 393
 — — — — — ведение 395
 — — — — — механизм 394
 — — — — — течение 395
 — — косых положениях плода 417
 — — многоплодной беременности 429
 — — — — — ведение 430
 — — — — — осмотр последа 431
 — — — — — сердцебиение плода 430
 — — — — — течение 430
 — — ножных предлежаниях 398
 — — — — — ведение 401
 — — — — — исход 411
 — — — — — механизм 399
 — — — — — неправильности 400
 — — — — — течение 398
 — — — — — освобождение головки 405
 — — поперечных положениях плода 412
 — — — — — ведение 416
 — — — — — причины 412
 — — — — — распознавание 413
 — — предлежании детского места 436
 — — — — — ведение последового периода 438
 — — тазовых предлежаниях в заднем виде 408
 — — узком тазе, особенности механизма 369
 — — ягодичных предлежаниях 396
 — — — — — ведение 401
 — — — — — исход 411
 — — — — — механизм 399
 — — — — — неправильности 400
 — — — — — течение 398
 — — — — — освобождение головки 405
 — прием 206
 — — на дому 207
 — причина наступления 173
 — проведение на дому 551
 — прорезывание головки 213
 — профилактика бленорреи 213
 — — внутриутробной асфиксии 224
 — пузырь плодный 180
 — — — — — разрыв 181
 — — — — — роль его 181
 — разгибание головки 189, 191

Роды, пуповины перевязка 214
 — ретракция 176
 — — родовая травма новорожденного 213
 — рождение плода сдвоенным телом 419
 — — самоизворот 418
 — сгибание головки 188, 191
 — стимуляция 356
 — схватки 176
 — — течение при узком тазе 373
 Рождение плода сдвоенным телом 419
 Роженица 194
 — бритье 195
 — душ 196
 — измерение артериального давления 196
 — исследование мочи 196
 — клизма 198
 — кровать Рахманова 206
 — определение группы крови 197
 — поведение в периоде изгнания 206
 — — — — — раскрытия 202
 — подготовка инструментов 200
 — — к родам 194
 — — материала 200
 — — санитарная 194
 Ромб поясничный (Михаэлиса) 147, 368
 Рубцы беременности 92, 248
 Рука(и), введение в матку при повороте плода 512
 — мытье по Спасокукоцкому 168
 — — — — — Фюрбрингеру 168
 Рукав Окинчица 446
 Ручка, выпадение 415, 420
 — — определение 415
 — — запрокидывание 400
 Самоизворот 418
 Санитарно-просветительная работа 77, 126, 132, 162, 172, 256, 282, 289, 487, 541, 555
 Сверхзачатие 426
 Сверхплодотворение 426
 Свечи для обезболивания родов 240
 Свищи послеродовые 465
 — — возникновение 465
 — — кишечно-вагинальные 465
 — — пузырно-вагинальные 374, 465
 — — профилактика 465
 Свод влагалища 20
 — — боковой 20
 — — задний 20
 — — передний 20
 — черепа, отсутствие 327
 Связка верхняя лонная 135
 — воронкообразно-тазовая 30
 — дугообразная 135

Связка, изменения при беременности 88

- крестцово-бугристая 138
- крестцово-маточная 31
- крестцово-остистая 138
- круглая маточная 31
- лонная задняя 135
- — передняя 135
- основная (кардинальная) 32
- собственная яичника 30
- широкая 29, 31

Сгибание головки 188, 191

- — при лицевом предлежании 390

Сглаживание пупка у беременной 92

Сегмент нижний матки 23

- — — истончение 374
- — — формирование 175

Секрет влагалища 22

- — реакция 22
- — слизистой оболочки матки 26

Сепсис 473

Септикопиемия послеродовая 481

- лечение 481

Септицемия послеродовая 480

- лечение 481

Сердцебиение плода 114

- — места наилучшего выслушивания 114

- — частота тонов 115

Сетчатка глаза, изменения при нефропатии 305

Сильвестр, метод 228

Силы изгоняющие, аномалии 354

Симптом Пастернацкого 335

Симфиз 135

- высота 154
- связки 135

Симфизит 468

Синцитий 58

Система сигнальная вторая 160

Складки поперечные слизистой оболочки влагалища 21

Слабость родовая вторичная 354, 373

- — — причины 355
- — — лечение 356, 358
- — — первичная 354
- — — причины 355

Слизистая пробка 26

Слово, его значение 160

- роль эмоций 161

Слюнотечение 300

Смерть плода внутриутробная 330

- — — признаки 330

Снегирев, признак беременности 99

Согревание недоношенных 292

Сокращения маточные 192, 251

Соли, обмен у плода 74

Сон 128, 163

Сопrotивляемость новорожденных 285

Соска резиновая 293

Соски 262

Соски возбудимость 262

- трещины 262

- — лечение 263

- — профилактика 263

- — уход 263

- функциональная недостаточность 262

Сосочки миртоидные 20

Сочленение лонное 135

Спазм наружного зева 507

- — — борьба 507

- — — профилактика 507

- сосудов 339

- шейки матки 513

- — — борьба 513

Спайка задняя влагалища 16

Спасокукоцкий, способ мытья рук 168

Сперма 52

Сперматозоид 51

- жизнеспособность 53

- головка 52

- образование 52

- хвост 52

- шейка 52

Spina bifida 327

Сплетение аортальное 35

- маточно-влагалищное 36

- солнечное 37

- подчревное 36

- яичниковое 36

Spondylotomia 528

Средства, предупреждающие наступление беременности 546

- — — — механические 546

- — — — химические 547

Социально-правовая помощь 556

Срок беременности, определение 116

Срыгивание 274

Стенка брюшная в послеродовом периоде 248

Стерилизация материала 488

- суден 170

- щеток для рук 168

Стимуляция родовой деятельности 356

- — — методы 357

- — — — комбинированные 357

- — — — прозерином 357

- — — — Хмельевского 358

Столик прикроватный 171

Стояние головки высокое прямое 393

- — — долгое во входе 371

- — — дна матки после родов 244

Стигма 44

Striae gravidarum 92

Строганов, метод 311

Студень Вартонов 63

Судно, стерилизация 170

Судороги при эклампсии 308

Сумка акушерская 553

Схватки 176, 354

Схватки, записи в истории родов 177

- слабость 354
- стадии 127
- стимуляция 356
- судорожные 359
- счет 202

Сыпь менструальная 49

Таз 133, 137

- аномалии 362, 376
- большой 137
- вход 134, 138
- выход 139
- диафрагма 143
- дно 141
- — ярус верхний 143
- — — нижний 141
- — — средний 143
- измерение 144
- коксальгический 365
- конъюгата истинная 148
- — диагональная 150
- — наружная 147
- кости 133
- линия пограничная 138
- — родовая проводная 157
- малый 138
- — вход 138
- — — размеры 148
- — — выход 139
- — — размер, определение 152
- — — — поперечный 149
- — — — прямой 149
- — — — полость 138
- — — — размер косою 149
- — — — поперечный 149
- — — — прямой 148
- мужской 139
- — отличие от женского 139
- мышцы 140
- — внутренняя запирающая 140
- — грушевидная 140
- — копчиковая 141
- — лонно-копчиковая 143
- — поднимающая задний проход 143
- — поясничная 140
- — подвздошно-копчиковая 149
- — промежности поперечная глубокая 143
- — — — поверхностная 142
- — — — седалищно-пещеристая 142
- — — — седалищно-копчиковая 143
- — сжимающая вход во влагалище 142
- наклонение 154
- неправильный 363
- — классификация 364
- — распознавание 367
- общеравномерносуженный 363

Таз остеомалитический 366

- ось 156
- — входа 156
- — выхода 157
- — полости 157
- отделы 138
- плоский общесуженный 364
- плоскорихитический 364
- простой плоский 363
- развитие 157
- размеры 144
- — влияние положения роженицы 155
- — — внутренние 148
- — — — косые 148
- — — — поперечные 148
- — — — прямой 148
- — — — наружные 144
- — — — *distantia cristarum* 145
- — — — *spinarum* 145
- — — — *trochanterica* 146
- — — — поперечные 146
- — — — прямые 146
- спондилолистетический 366
- сужение 366
- — степени 366
- узкий 363, 375
- — анатомически 367
- — ведение родов 375
- — — — выбор вмешательства 376
- — — — исход родов 376
- — — — для плода 378
- — — — клинически 367
- — — — механизм родов 372
- — — — течение беременности 368
- — — — родов 373
- — — — требования к организму матери 373
- фасция тазовая 144
- широкий 362
- Тазоизмерение 145
- Тазомер 119
- методика измерения 120
- Тампон предупреждающий наступление беременности 547
- Тампонация влагалища 503
- — техника 504
- — матки 504
- — техника 504
- Theca folliculi* 43
- — *externa* 43
- — *interna* 43
- Тело желтое 44, 93
- — беременности 44
- — менструации 44
- пещеристое клитора 18
- плода двойное, роды 419
- Температура в послеродовом периоде 247
- ребенка, измерение 278

Токсикозы 299

— второй половины беременности 304

— — — водянка 304

— — — почка беременных 305

— — — — — лечение 306

— — — — — преэклампсия 307

— — — — — лечение 307

— — — — — эклампсия 307

— — — — — лечение 309

— первой половины беременности 300

— — — — дерматозы 303

— — — — желтуха 304

— — — — рвота 300

— — — — — неукротимая 301

— — — — — лечение 302, 307

— — — — — слюнотечение 300

— — — — — лечение 301

— профилактика 312

Токсико-септические заболевания, профилактика 569

Торакопаги 328

Торможение охранительное 116

Травма родовая новорожденных 213

Тракт желудочно-кишечный заболевания 470

Трещины заднего прохода 470

— сосков 262

— — — лечение 263

— — — профилактика 263

— — — уход 263

Триада Николаева 226

Тромбоз асептический 470

— — — лечение 470

Тромбофлебит послеродовый 481

— вен бедра 482

— — — — — лечение 482

— — — — — матки 482

— — — — — лечение 482

— — — — — уход 486

Трофобласт 55

Труба маточная 27

— — — ампулярная часть 27

— — — воронка 28

— — — — — межуточная часть 27

— — — — — перешеечная (истмическая) часть 27

— — — — — перистальтика 27

— — — — — развитие 39

— — — — — стенка 28

— — — — — мышечный слой 28

— — — — — серозный слой 28

— — — — — слизистый слой 28

— — — — — фимбрии 28

Туалет кожи новорожденного 272

— первый новорожденного 270

— пуповины 271

Углубление пузырно-маточное 29

Углеводы, обмен у плода 74

Угол лонный 152

Удаление внутренних плод 528

— остатков плодного яйца пальцевое 497

— отделившегося детского места 443

— — — — — выжимание 414

— — — — — метод Абуладзе 414

— — — — — надавливание на брюшную стенку 414

Уздечка короткая 325

Узелок эмбриональный 55

— — — мезобласт (мезодерма) 56

— — — эктобласт (эктодерма) 55

— — — — — полость амниональная 55

— — — энтобласт (энтодерма) 55

— — — — — полость желточная 55

Узлы геморроидальные 248

— пуповины истинные 317

— — — ложные 317

Уретра 18

Уродства плода 325

Уход за больными родильницами 484

— — — глазами новорожденного 280

— — — кожей новорожденного 279

— — — новорожденным 270

— — — носом новорожденного 281

— — — — — полостью рта 485

— — — — — новорожденного 281

— — — ушами новорожденного 280

— — — швами на промежности 501

Ущемление беременной матки 343

Фаза десквамации 47

— — — пролиферации 46

— — — секреции 46

Fascia pelvis 144

Фасция тазовая 144

Фельдшерско-акушерский пункт 551

Foetus parugaseus 425

Фимбрии 28

Флебит 481

Флегмона тазовой клетчатки 479

Фолликул 30, 31

— — — атрезия 42

— — — атрофия 41

— — — бугорок яйценосный 43

— — — граафов 43

— — — жидкость 43

— — — зрелый 31

— — — оболочка зернистая 42

— — — соединительнотканная 43

— — — — — слой внутренний 43

— — — — — наружный 42

— — — примордиальный 31, 40

— — — созревание 42

Фолликулин 173, 357

Foramen obturatorium 136

Фосфор, обмен 81

Фюрбрингер, способ мытья рук 168

- Халат 160, 169
 Chloasma uterinum 92
 Хмелевский, метод 358
 Ходы мюллеровы 38
 — парауретральные 19
 Хорион 56
 — истинный 58
 — лысый 60
 — первичный 57
 — пышный 60
 Хорионэпителиома 319
 — диагностика 319
 Цангенмейстер, признак 377
 Центр сухожильный промежности 141
 Цикл влагалищный 48
 — овариально-менструальный 46
 Цовьянов, метод 409, 410
 Часть плода мелкая, выпадение 419
 — — — — — причины 419
 — — — — — распознавание 421
 — — — — — предлежащая, опускание 175
 Череп плода 69
 Чистота влагалища 22
 Членорасположение плода 102
 Чувствительность болевая 231
 Швы, подготовка материала 489
 — — кетгута 489
 — — шелка 489
 Шейка матки 20, 23
 — — изменения при беременности 86
 — — разрыв 462
 — — — — — зашивание 501
 — — — — — раскрытие 177
 — — — — — механизм 178
 — — — — — первородящие 178
 — — — — — повторнородящие 178
 — — — — — расширение 495
 — — — — — ригидность 360
 — — — — — сглаживание 177
 — — — — — механизм 177
 — — — — — первородящие 178
 — — — — — повторнородящие 179
 Шелк приготовление 489
 Шов венечный 69
 — затылочный (ламбдовидный) 69
 — лобный 69
 — промежности 17
 — стреловидный 69
 Шок родовой 471
 — — лечение 471
 Щель половая 16
 Щетки для рук, стерилизация 168
 Щипцы 516
 — высокие 518
 Щипцы выходные 518
 — история 517
 — кривизна головная 517
 — — тазовая 517
 — Лазаревича 517
 — ложка 517
 — наложение 518
 — показания 518
 — полости 518
 — условия 518
 — устройство 516
 — техника наложения 518
 — — замыкание 520
 — — — — — тракция 520
 Экзема 303
 Эклампсия 307
 — во время беременности
 — — — — — родов 308
 — исход 309
 — лечение 310
 — — метод Строганова 311
 — — по Бровкину 311
 — после родов 308
 — профилактика 312
 Экстерорецепторы 37
 Эктобласт 55
 Эктодерма 55
 Эмболия 470
 Эмбриотомия 527
 — инструменты 528
 — техника 528
 — условия 528
 Эмоции 162, 233
 Эндометрий 25
 Эндометрит в родах 411
 Энтобласт 55
 Энтодерма 55
 Эпизиотомия 499
 Эпителий зародышевый 30
 Эритема 303
 Эстрогены 31
 Язва послеродовая 477
 — — лечение 477
 Яичник 30
 — ворота 30
 — гормоны 31
 — корковый слой 30
 — мозговой слой 30
 — развитие 40
 — связка собственная 30
 — фолликул 31
 Яичниковая беременность 351
 Яйценоводы 27
 Яйцо оплодотворенное, движение 51
 — — — — — наружное 54
 — — — — — дробление 54

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Акушерская физиология	
Глава I. Анатомия женских половых органов	16
Наружные половые органы	16
Внутренние половые органы	20
Связочный аппарат матки и яичников	31
Тазовая клетчатка	32
Кровоснабжение половых органов	33
Лимфатическая система половых органов	34
Иннервация половых органов	35
Краткий очерк развития половых органов женщины	38
Глава II. Физиология женских половых органов	41
Овуляция и менструация	41
Овуляция	43
Менструация	45
Изменения в половых органах в связи с овариально-менструальным циклом	46
Гигиена менструального периода	50
Глава III. Физиология беременности	51
Оплодотворение	51
Передвижение оплодотворенного яйца	54
Дробление оплодотворенного яйца	54
Образование зародышевых листков	55
Имплантация	58
Плацента	60
Пуповина	63
Оболочки плодного яйца	64
Околоплодные воды	65
Плод в различные сроки беременности	68
Доношенный плод	68
Головка доношенного плода	70
Размеры головки	70
Размеры туловища	70
Особенности физиологии внутриутробного плода	71
Кровообращение внутриутробного плода	77
Кровообращение у новорожденного	78
Глава IV. Изменения в организме женщины в связи с беременностью	78
Обмен веществ во время беременности	85
Изменения в отдельных органах при беременности	85
Изменения в половых органах	88
Изменения в мочевых органах	89

Изменения в пищеварительных органах	89
Изменения в дыхательных органах	89
Изменения в сердечно-сосудистой системе	89
Изменения крови	90
Изменения в нервной системе	90
Изменения в молочных железах	91
Изменения в коже	91
Изменения в костной системе и связочном аппарате	92
Изменения в железах внутренней секреции	93
Глава V. Диагностика беременности	95
Методика исследования	95
Диагностика ранних сроков беременности	97
Диагностика поздних сроков беременности	102
Положение и членорасположение плода в матке	102
Пальпация плода в матке	105
Аускультация	114
Определение срока беременности и родов	116
Определение срока дородового отпуска	122
Глава VI. Гигиена беременности	124
Глава VII. Женский таз	133
Таз взрослой женщины	133
Отделы таза	138
Отличие женского таза от мужского	139
Мышцы и фасции таза	140
Тазовое дно	141
Размеры нормального таза	144
Наружные размеры таза	144
Внутренние размеры таза	148
Косые размеры таза	154
Измерение высоты симфиза	154
Наклонение таза	154
Влияние положения женщины на размеры таза	155
Оси таза	156
Развитие таза	157
Глава VIII. Организация работы в стационаре родильного дома	159
Лечебно-охранительный режим	159
Асептика и антисептика в акушерстве	165
Глава IX. Роды	172
Предвестники наступления родов	174
Периоды родов	177
Период раскрытия	177
Период изгнания	182
Механизм родов при затылочных предлежаниях	184
Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания	188
Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания	191
Последовый период	192
Глава X. Подготовка роженицы к родам	194
Глава XI. Ведение родов	201
Ведение периода раскрытия	201
Ведение периода изгнания	204
Ведение последового периода	217
Профилактика внутриутробной асфиксии и методы оживления родившегося в асфиксии новорожденного	224

Глава XII. Обезболивание родов	
Психопрофилактический метод обезболивания	230
Наставления по комплексной оценке результатов применения метода психопрофилактики болей в родах	232
Обезболивание родов медикаментозными средствами	237
Глава XIII. Послеродовой период	240
Обратное развитие половых органов	243
Лохии	243
Температура и пульс	246
Мочеотделение	247
Функция кишечника	247
Брюшная стенка	248
Изменения в обмене веществ	248
Уход за родильницей	249
Уход за молочными железами	249
Послеродовая гимнастика	256
Глава XIV. Уход за новорожденным	265
Уход за доношенным ребенком	270
Уход за недоношенным ребенком	270
Уход за новорожденным с внутричерепным кровоизлиянием	290
Отнятие ребенка от груди	294
	298

Акушерская патология

Глава XV. Патология беременности	299
Заболевания, связанные с беременностью	299
Токсикозы первой половины беременности	300
Токсикозы второй половины беременности	304
Глава XVI. Аномалии развития элементов плодного яйца	313
Неправильные формы плаценты	313
Приращение плаценты	316
Аномалии пуповины	317
Пузырный занос	318
Многоводие	321
Маловодие	322
Преждевременный разрыв плодного пузыря	323
Запоздалый разрыв плодного пузыря	324
Аномалии развития плода	325
Внутриутробная смерть плода	330
Несостоявшийся выкидыш и несостоявшиеся роды	331
Глава XVII. Влияние различных заболеваний женщины на течение беременности и родов	332
Беременность и воспалительные заболевания половых органов	332
Беременность и новообразования	333
Беременность и туберкулез	334
Беременность и малярия	334
Беременность и сифилис	335
Беременность и болезни почек	336
Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы	337
Беременность и гипертоническая болезнь	338
Беременность и аппендицит	339
Беременность и заболевания кроветворных органов	340
Беременность и заболевания нервной системы	340
Беременность и инфекционные заболевания	341
Беременность и эндокринные заболевания	342
	595

Беременность и неправильные положения матки	343
Беременность и недоразвитие матки	344
Беременность и пороки развития матки и влагалища	345
Глава XVIII. Выкидыш и преждевременные роды	346
Глава XIX. Внематочная беременность	351
Глава XX. Патология родов	354
Аномалии изгоняющих сил	354
Стимуляция родовой деятельности	356
Препятствия со стороны шейки	360
Препятствия со стороны влагалища и промежности	361
Глава XXI. Аномалии таза	362
Широкий таз	362
Узкий таз	363
Классификация неправильных тазов	363
Степени сужения таза	366
Распознавание неправильного таза	367
Течение беременности при узком тазе	368
Особенности механизма родов при узком тазе	369
Течение родов при узком тазе	372
Ведение родов при узком тазе	375
Глава XXII. Неправильные положения и предлежаия	379
Разогнутые предлежаия	380
Передне-головное предлежаие	381
Лобное предлежаие	384
Лицевое предлежаие	387
Высокое прямое стояние головки	393
Глава XXIII. Тазовые предлежаия плода	395
Ягодичные предлежаия	396
Ножные предлежаия	398
Ведение родов при ягодичных и ножных предлежаиях	401
Ручное пособие при чистом ягодичном предлежаии по методу Цовьянова	409
Ручное пособие при ножных предлежаиях по методу Цовьянова	410
Глава XXIV. Поперечные и косые положения плода	412
Ведение родов при поперечном положении плода	416
Самонизворот	418
Выпадение мелких частей	419
Ведение родов при выпадении пуповины	421
Ведение родов при выпадении ручки (при поперечном положении плода)	422
Глава XXV. Многоплодная беременность и роды при ней	423
Однояйцевая двойня	423
Двуяйцевая двойня	425
Течение беременности	427
Диагностика многоплодной беременности	428
Положение плодов в матке при многоплодии	428
Течение и ведение родов	429
Глава XXVI. Кровотечения во второй половине беременности и при родах	432
Предлежаие детского места	432
Преждевременная отслойка детского места	439

Глава XXVII. Патология последового периода	412
Кровотечение в последовом периоде	442
Неправильная отслойка детского места	442
Гипотоническое и атоническое кровотечение	448
Поздние послеродовые кровотечения	451
Мероприятия после остановки кровотечения	452

Глава XXVIII. Повреждения родовых путей при родах	454
Разрыв матки	455
Разрывы шейки матки	462
Разрывы влагалища	463
Разрывы промежности	463
Гематома влагалища и наружных половых органов	464
Послеродовые свищи	465
Выворот матки	466
Расхождение лонных костей	467
Ранения половых органов у беременной женщины	468

Глава XXIX. Патология послеродового периода (С. Б. Рафаэлес)	165
Послеродовые заболевания неинфекционного происхождения	169
Послеродовые заболевания инфекционного происхождения	471
Отдельные формы заболеваний	477
Уход за больными родильницами	484

Оперативная акушерство

Глава XXX. Акушерские операции	488
Подготовка к операции	488
Пальцевое расширение наружного зева	492
Рассечение наружного зева	493
Метрейриз	493
Расширение шейки матки при помощи расширителей	495
Выскабливание полости матки	496
Пальцевое отделение и удаление остатков плодного яйца	497
Искусственный разрыв плодного пузыря	497
Перинеотомия и эпизиотомия	498
Зашивание разрывов влагалища и промежности	499
Зашивание разрыва шейки матки	501
Тампонация влагалища	503
Тампонация матки	504
Наружный поворот при ягодичном предлежании плода	505
Извлечение плода при ягодичном предлежании	505
Извлечение плода за паховый сгиб	507
Наружный поворот при поперечном положении плода	508
Поворот плода на ножку	509
Операция поворота плода на ножку при неполном открытии зева шейки матки	513
Вправление выпавшей петли пуповины	515
Щипцы	516
Кесарево сечение	520
Влагалищное кесарево сечение	524
Краниотомия	524
Клейдотомия	527
Эмбриотомия	527
Использование плацентарной крови для целей переливания	528

Организация родильной помощи в СССР

Глава XXXI. Родовспоможение	529
Женская консультация родильного дома	533
	597

Лечебно-профилактическая работа консультации	535
Борьба с абортами	543
Система родильной помощи	549
Стационар родильного дома (родильное отделение больницы)	549
Колхозный родильный дом	550
Фельдшерско-акушерский пункт	551
Социально-правовые кабинеты	556
Календарь для определения сроков дородового и послеродового отпуска	560
Правила пользования календарем	561
Приложения	562
Предметный указатель	573

(С.Л.Р.И.Ц.)	535
	540
	549
	549
	550
Алферового	551
	556
	560
	561
	562
	573

Редактор *К. В. ПОРАЙ-КОШИЦ*

Техн. редактор *Г. А. Глухоедова*

Корректор *З. И. Иванова*

Переплет художника *Л. С. Эрмана*

Сдано в набор 3/XII 1953 г. Подписано к печати 1/III 1954 г. Формат бумаги 60X92¹/₁₆. 18,75 бум. л. 37,5 печ. л. + 0,25 печ. л. (вкл.). 42,17 уч.-изд. л. Тираж 100 000 экз. Т01477. МУ-46.

Медгиз, Москва, Петровка, 12.

Заказ 1067. 1-я типография Медгиза,

Ногатинское шоссе, д. 1

Цена 8 р. 75 к., переплет 1 руб.

ОРАЛ-КОШИЦ

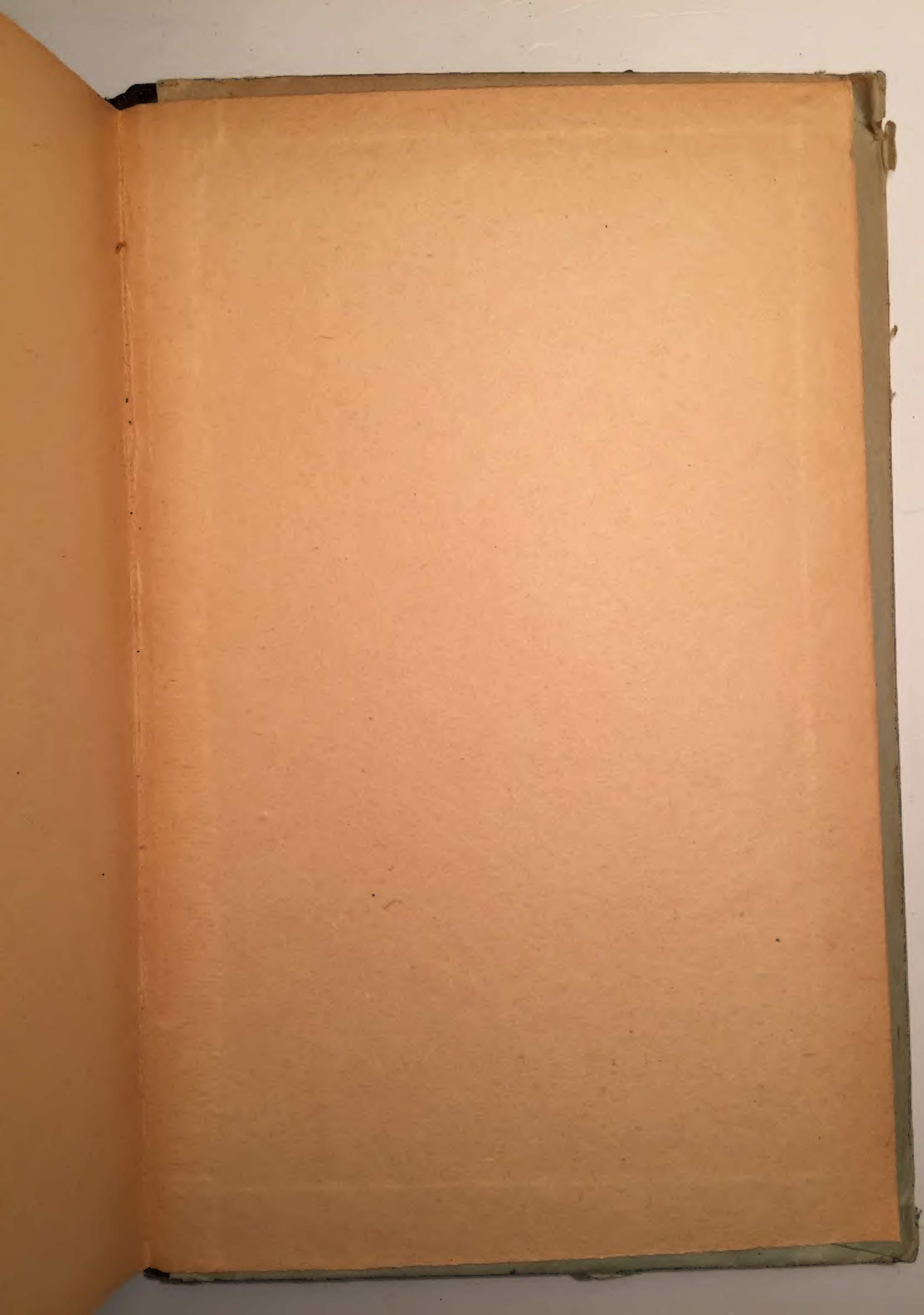
А. Глухоедова
Иванова

Л. С. Эрмана

53 г. Подписано
бумага 60/90
0,25 печ. л. (вкл.)
экз. Т01477. М3 45

ровка, 12.
фия Медгиз.
д. 1
тет 1 руб

15



9 p. 75 K.

А.А. КАПЛАН
АКУШЕРСТВО